|  |  |
| --- | --- |
|  | Согласован  Директор Клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)  О.С. Волкова  (подпись и фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя  (уполномоченного заместителя руководителя) организации),  МП (при наличии) |

**ОТЧЕТ**

о профессиональной деятельности

(фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность (при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (страховой номер индивидуального лицевого счёта застрахованного лица) | | | | | | | | | | | | | | | |

с

(указывается период, за который подается отчет о профессиональной деятельности)

(личная подпись аккредитуемого)

|  |  |
| --- | --- |
| Сведения об организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (краткая характеристика организации, отражающая основные направления ее деятельности, ее структура) |  |
| Наименование структурного подразделения, в котором аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность, основные задачи и функции указанного структурного подразделения |  |
| Стаж работы по специальности |  |
| Описание выполняемой работы в соответствии с трудовой функцией |  |
| Опыт работы, включая анализ профессиональной деятельности за отчетный период |  |
| Выполнение функции наставника (при наличии) |  |
| Предложения по совершенствованию своей профессиональной деятельности |  |