**ПОРТФОЛИО**

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата получения последнего сертификата специалиста или прохождения аккредитации специалиста |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |

Уровень образование (высшее / среднее профессиональное)

Специальность (должность — для лиц с немедицинским образованием), по которой проводится аккредитация

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность
(при наличии) федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

(в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц / едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей)

Занимаемая должность (при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата формирования портфолио |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* + - 1. Сведения об освоении программ повышения квалификации.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Наименование программыповышения квалификации | Трудоемкость, часы | Реквизиты документа о квалификации | Период обучения | Полное наименование организации, осуществляющей реализацию образовательной деятельности |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* + - 1. Сведения об образовании, подтвержденные на интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (при наличии).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Наименование | Трудоемкость, часы | Вид и реквизиты подтверждающегодокумента |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Отчет о профессиональной деятельности (мотивированный отказ в согласовании отчета о профессиональной

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| деятельности на  |  |  |  | л. |

(лицам, имеющим квалификационную категорию, присвоенную в текущем году или году, предшествующему году подачи документов
для прохождения периодической аккредитации, не заполняется)

Аккредитуемый /

…………………………….(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)