

ПОРТФОЛИО

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата получения последнего сертификата специалиста или прохождения аккредитации специалиста

--	--

--	--

--	--	--	--

Уровень образование (высшее / среднее профессиональное) Высшее _____

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

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--

Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (при наличии) _____

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

Занимаемая должность (при наличии) Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная клиническая больница №1»

Дата формирования портфолио

--	--

--	--

--	--	--	--

1. Сведения об освоении программ повышения квалификации.

	Наименование программы повышения квалификации	Трудоемкость, часы	Реквизиты документа о квалификации	Период обучения	Полное наименование организации, осуществляющей реализацию образовательной деятельности
1					
2					
3					

2. 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 подтверждающего документа

2. 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))