*Приложение N 5*

*к Положению об аккредитации*

*специалистов, утвержденному приказом*

*Министерства здравоохранения*

*Российской Федерации*

*от 28 октября 2022 г. N 709н*

*Рекомендуемый образец*

**ПОРТФОЛИО**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |   |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень образования (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)

|  |
| --- |
| (в соответствии с данными, содержащимися 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.

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

2. Сведения об образовании, подтвержденные на интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (при наличии).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N | Наименование | Трудоемкость, часы | Вид и реквизиты подтверждающего документа |
| 1 |   |   |   |
| 2 |   |   |   |
|   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Отчет о профессиональной деятельности (мотивированный отказ в согласовании отчета о профессиональной деятельности) на |  |  |  | л. |

(лицами, имеющими 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) |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Согласован |
|   |  |
|   | (подпись и фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (уполномоченного заместителя руководителя), |
|   |   |
|   | МП (при наличии) |

**ОТЧЕТ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (страховой номер индивидуального лицевого счета 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 |   |