

Приложение № 5  
к Положению об аккредитации  
специалистов, утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 28 октября 2022 г. № 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.

№	Наименование программы	Трудоемкость, часы	Реквизиты документа о	Период обучения	Полное наименование
---	------------------------	--------------------	-----------------------	-----------------	---------------------

повышения  
квалификац  
ии

квалификац  
ии

организац  
и,  
осуществля  
ющей  
реализацию  
образовате  
льной  
деятельнос  
ти

1

2

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

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