

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