Приложение № 2

к особенностям проведения аккредитации специалистов в 2021 году, утвержденным приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации  
от 2 февраля 2021 г. № 40н

Рекомендуемый образец

**ПОРТФОЛИО**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) | Иванова Юлия Юрьевна |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата получения последнего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста | 01/10/2016 |

|  |  |
| --- | --- |
| Специальность**,** по которой проводится аккредитация | Нефрология |

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень образования (высшее / среднее профессиональное) |  |

|  |
| --- |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (для иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии) |

|  |
| --- |
| Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (при наличии) |
|  |
| (указывается в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц / едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей) |

|  |  |
| --- | --- |
| Занимаемая должность (при наличии) | Врач-нефролог |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование | Вид и реквизиты подтверждающего документа |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Отчет о профессиональной деятельности на | л |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Аккредитуемый |  | / |

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

Приложение к портфолио

|  |
| --- |
| «Согласовано» |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (уполномоченного заместителя руководителя) организации), подпись, печать) |

**ОТЧЕТ**

о профессиональной деятельности

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

|  |  |
| --- | --- |
| с |  |

(указывается период, за который подается отчет о профессиональной деятельности)

|  |
| --- |
|  |
|  |
| (полное наименование организации в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц / едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей (при наличии) |

для прохождения периодической аккредитации по специальности

|  |
| --- |
| ***Нефрология*** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | (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 |  |  |
| Повышение уровня знаний, умений, профессиональных навыков за отчетный период |  |  |
| Выполнение функции наставника (при наличии) |  |  |
| Квалификационная категория, ученая степень (при наличии) |  |  |
| Предложения по совершенствованию своей профессиональной деятельности |  |  |