|  |
| --- |
| ПОРТФОЛИО |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) | |  | | | |
| Дата получения последнего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Специальность, по которой проводится аккредитация | | |  | | |
| 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) | | | | | |
| Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации | | | | | |
| (указывается в соответствии с данными 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 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) |  |