

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) *Иванов Иван Иванович*

Дата получения последнего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста *01.08.2016*

Специальность, по которой проводится аккредитация *терапия*

Уровень образования (высшее / среднее профессиональное) *высшее медицинское*

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (для иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии) *0123456789*

Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность
(при наличии) *Государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области «Клинская городская
больница»*

(указывается в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц / едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей)

Занимаемая должность (при наличии) *врач-терапевт терапевтического отделения №1*

Дата формирования портфолио *01.08.2021*

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
1	<i>ПК «Актуальные вопросы диагностики и лечения в клинике внутренних болезней»</i>	<i>144</i>	<i>Удостоверение о повышении квалификации №123456987654 регистрационный номер 12345 Дата выдачи 1 сентября 2021 года</i>	<i>01.04.2021-27.04.2021</i>	<i>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</i>

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
1	<i>VII Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы клинической терапии» (44 зет)</i>	<i>Сертификат № 12345</i>
2	<i>ИОМ «Абдоминальный болевой синдром» (30 зет)</i>	<i>Сертификат № 53421</i>

3. Отчет о профессиональной деятельности на 7 л.

Аккредитуемый _____ / *Иванов Иван Иванович* _____.
 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))