

## ПОРТФОЛИО

Фамилия, имя, отчество (при наличии) **Иванов Иван Иванович**

Дата получения последнего сертификата специалиста или прохождения аккредитации специалиста

0	1
---	---

0	8
---	---

2	0	1	6
---	---	---	---

Уровень образование (высшее / среднее профессиональное) **Высшее**

Специальность (должность — для лиц с немедицинским образованием), по которой проводится аккредитация **Терапия**

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица

1	2	3
---	---	---

4	5	6
---	---	---

7	8	9
---	---	---

0	0
---	---

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

(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

0	9
---	---

0	1
---	---

2	0	2	3
---	---	---	---

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	ПК «Актуальные вопросы диагностики и лечения в клинике внутренних болезней»	144	Удостоверение о повышении квалификации №123456987654 регистрационный номер 12345 Дата выдачи 1 сентября 2021 года	01.04.2021-27.04.2021	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
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	VII Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы клинической терапии»	44 ЗЕТ	Сертификат № 12345
2	ИОМ «Абдоминальный болевой синдром»	33 ЗЕТ	Сертификат № 53258

2. Отчет о профессиональной деятельности (мотивированный отказ в согласовании отчета о профессиональной деятельности на 

1	0	
---	---	--

 л.

(лицам, имеющим квалификационную категорию, присвоенную в текущем году или году, предшествующему году подачи документов для прохождения периодической аккредитации, не заполняется)

Аккредитуемый \_\_\_\_\_ / Иванов Иван Иванович \_\_\_\_\_  
 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))