Приложение № 1

**Образец заполнения**

|  |
| --- |
| В центральную аккредитационную комиссию/  аккредитационную комиссию |
| (нужное подчеркнуть)  от Петровой Надежды Ивановны |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)  12.03.2003 г.р. |
| (дата рождения)  117429, г. Москва, ул. Ак. Королева, д. 12, корп. 2, кв. 75 |
| (адрес регистрации)  +7(926)985-17-12 |
| (контактный телефон) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я, Петрова Надежда Ивановна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

информирую, что успешно завершил(а) освоение программ повышения квалификации, что подтверждается прилагаемыми копиями документов и портфолио.

Прошу допустить меня до прохождения процедуры периодитческой аккредитации специалиста по специальности: «Сестринское дело».

Приложение:

1. Портфолио на 7 л. (имеется ввиду портфолио+отчет);
2. Копия документа, удостоверяющего личность: Паспорт 57 56 258946, выдан\_\_\_

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

03.02.2003, УФМС России по г. Москве по району Никулино\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Копия сертификата специалиста (при наличии): Сертификат специалиста 0377180882564 № 09945 от 07.12.2015, ФГБУ ДПО «Все-российский учебно-научно-\_\_\_\_

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена)

методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» Минздрава России\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:

022 – 654-258-27\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Копии документов об образовании и о квалификации: Диплом НТ № 679452,05.07.2003 г., Медицинский колледж­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_№2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования – профессиональной переподготовки (при наличии): \_Диплом о профессиональной переподготовке 180000326158, рег № 01546 от 04.12.2018 ФГБУ ДПО «Всероссийский учебно-научно методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» Минздрава России \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

7. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период: Удостоверение о повышении

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

квалификации 180001259556 № 03075 от 25.04.2017, ФГБУ ДПО «Всероссийский учебно-научно методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» Минздрава России, Удостоверение о повышении квалификации 2624122210624 № 000000256 от 20.06. 2019, ООО «НМО ЦЕНТР»

8. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии)

\_\_Сестринское дело, Центральная аттестационная комиссии, Москва, \_28.12.2021, дистанционно, протокол № 35\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, свидетельстве об аккредитации специалиста (при наличии)

9. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством Российской федерации о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии). Копия трудовой книжки на … листах (после того как получили на руки копию ТК)

10. Копии иных документов (при наличии): Свидетельство 52706 от 25.03.2015, Свидетельство 38727 от 23.05.2019, Сертификат 00959077-J9GWLS от 03.08.2018, Свидетельство о регистрации брака

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании и результатах прохождения мной аккредитации специалиста, а именно согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу электронной почты: petrova1754@icloud.com

(адрес электронной почты)

(Документы должны быть отправлены с указанного email, он должен быть актуальным, т.к. вся обратная связь проходит лично с аккредитуемым лицом)

или сообщить по номеру телефона: +7(926)985-17-12\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(контактный номер телефона)

Петрова Надежда Ивановна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«22» августа 2021 г. (дата заполнения заявления)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451; 2021, №1, ст. 58

|  |
| --- |
| В центральную аккредитационную комиссию/  аккредитационную комиссию |
| (нужное подчеркнуть)  от |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| (дата рождения) |
| (адрес регистрации) |
| (контактный телефон) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

информирую, что успешно завершил(а) освоение программ повышения квалификации, что подтверждается прилагаемыми копиями документов и портфолио.

Прошу допустить меня до прохождения процедуры периодитческой аккредитации специалиста по специальности: «Сестринское дело».

Приложение:

|  |
| --- |
|  |

1. Портфолио на л.;

2. Копия документа, удостоверяющего личность

|  |
| --- |
|  |

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии):

|  |
| --- |
|  |

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена/аккредитации специалиста)

4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:

|  |
| --- |
|  |

5. Копии документов об образовании и о квалификации:

|  |
| --- |
|  |

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования – профессиональной переподготовки (при наличии):

|  |
| --- |
|  |

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

7. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период:

|  |
| --- |
|  |

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

8. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии):

|  |
| --- |
|  |

( специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, свидетельстве об аккредитации специалиста (при наличии)

9. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством Российской федерации о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии).

10. Копии иных документов (при наличии):

|  |
| --- |
|  |

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»1 в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании и результатах прохождения мной аккредитации специалиста, а именно согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

|  |
| --- |
|  |

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу электронной почты:

(адрес электронной почты)

|  |
| --- |
|  |

или сообщить по номеру телефона:

(контактный номер телефона)

|  |
| --- |
|  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| « » | 2022 г. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451; 2021, №1, ст. 58

Приложение № 2

**Образец заполнения**

**ПОРТФОЛИО**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Петрова Надежда Ивановна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поучения последнего сертификата специалиста или прохождения аккредитации специалиста: 07.12.2015­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность, по которой проводится аккредитация «Сестринское дело»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уровень образования (высшее/среднее профессиональное) Среднее профессиональное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица 022 – 654-258-27\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (при наличии) Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский\_\_\_

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

центр хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Занимаемая должность (при наличии) Медицинская сестра палатная\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата формирования портфолио 07.11.2020 (дата не должна быть позже даты окончания сертификата или свидетельства об аккредитации)

1. Сведения об освоении программ повышения квалификации (сведения вне портала НМО).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Наименование программы повышения квалификации | Трудоемкость, часы | Реквизиты документа о квалификации | Период обучения | Полное наименование организации, осуществляющей реализацию образовательной деятельности |
|  | Сестринское дело в хирургии | 144 | Удостоверение о повышении квалификации 180001259556 № 03075 от 25.04.2017 | 25.03.2017-24.04.2017 | ФГБУ ДПО «Всероссийский учебно-научно методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» Минздрава России |
|  | Оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений | 72 | Удостоверение о повышении квалификации 2624122210624 № 000000256 от 20.06. 2019 | 05.06.2019-17.06.2019 | ООО "НМО ЦЕНТР" |

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

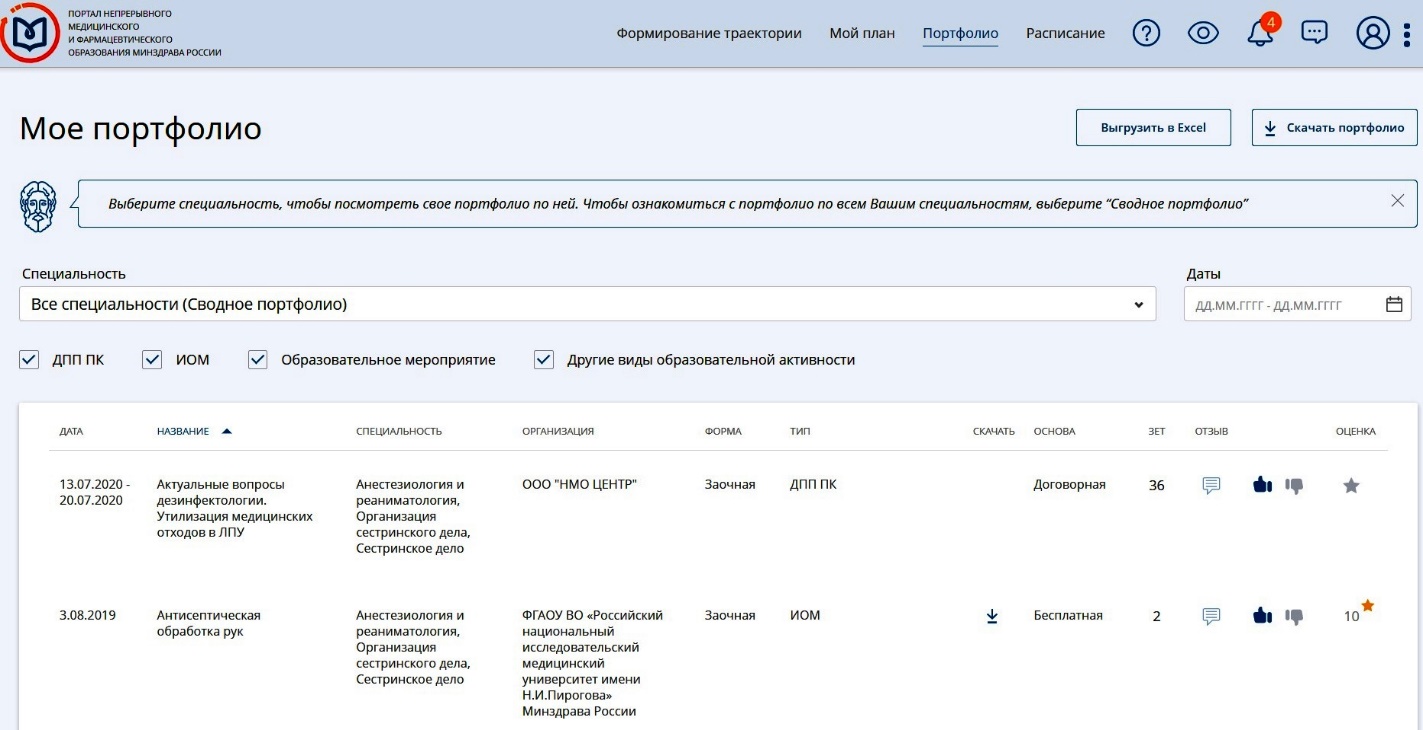
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Наименование | Вид и реквизиты подтверждающего документа |
|  | Актуальные вопросы дезинфектологии. Утилизация медицинских отходов в ЛПУ. (дополнительная образовательная программа повышения квалификации 144 ч.,72 ч., 36ч., 16ч., 8ч. и т.д.) | Удостоверение о повышении квалификации 2624122210624 № 000000289 от 20.07. 2020 |
|  | VIII научно-практическая конференция  "Безопасная больничная среда: проблемы и пути решения" (семинары, вебинары, мастер-классы, конгрессы, конференции, симпозиумы и т.п.) (8 ЗЕТ) | Свидетельство 52706 от 25.03.2015 |
|  | Мастер-класс "Мероприятия по экстренной профилактике ВИЧ-инфекции в результате аварийных ситуаций на рабочем месте" (семинары, вебинары, мастер-классы, конгрессы, конференции, симпозиумы и т.п.) (6ЗЕТ) | Свидетельство 38727 от 23.05.2019 |
|  | Принципы тайм-менеджмента в работе медицинской сестры (интерактивный образовательный модуль) (2ЗЕТ) | Сертификат 00959077-J9GWLS от 03.08.2018 |

3. Отчет о профессиональной деятельности на 3 листах.

Аккредитуемый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Петрова Надежда Ивановна

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

К каждому пункту в таблицах должны быть завизированные отделом кадров ксерокопии документов: удостоверения о повышении квалификации, свидетельства с образовательных мероприятий, сертификаты по прохождению интерактивных образовательных модулей (сертификаты можно скачать в личном кабинете портала НМО в разделе портфолио)



**Образец заполнения**

«СОГЛАСОВАНО»

Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.М. Семёнов (для ср. мед персонала)

Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Ш. Ревишвили (для врачей)

Федерального государственного бюджетного

учреждения «Национальный медицинский

исследовательский центр хирургии

им. А.В. Вишневского» Минздрава России

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя

(уполномоченного заместителя руководителя) организации,

подпись, печать (при наличии)

**ОТЧЕТ**

о профессиональной деятельности

|  |
| --- |
| Петровой Надежды Ивановны, медицинской сестры палатной |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность (при наличии)  с 07.12.2015 по 06.12.2020 гг. |
| (указывается период, за который подается отчет о профессиональной деятельности)  Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации |
| для прохождения периодической аккредитации по специальности |
| «Сестринское дело» |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (личная подпись аккредитуемого)

|  |  |
| --- | --- |
| Сведения об организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (краткая характеристика организации, отражающая основные направления ее деятельности, ее структура) | Предметом и целями деятельности ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России являются: получение новых знаний о механизмах развития заболеваний, особенностях патологических и физиологических процессов, разработка и совершенствование методов диагностики и лечения в различных областях хирургии и смежных областях медицины; развитие науки, техники и инноваций в сфере здравоохранения и смежных областях, обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными медицинскими работниками и совершенствование организации и оказания медицинской помощи по профилям «хирургия» и «хирургия (комбустиология)» ; выполнение функций национального медицинского исследовательского центра, в том числе организационно-методическое руководство организациями соответствующего профиля; получение новых знаний о механизмах заболеваний, особенностях патологических и физиологических процессов, разработка и совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации в различных областях хирургии и смежных областях медицины, в том числе в областях рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения, электрофизиологической диагностики, интервенционной и хирургической аритмологии. Учреждение имеет в своем составе научные отделы, научно-организационные и научно-вспомогательные подразделения, лаборатории, отделения, клиники с лечебно-диагностическими и вспомогательными подразделениями, административно-хозяйственные и инженерно-технические службы, другие структурные подразделения, осуществляющие свою деятельность на основании положений, утвержденных руководителем учреждения. |
| Наименование структурного подразделения, в котором аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность, основные задачи и функции указанного структурного подразделения | * Отделение сосудистой хирургии. * Патологии, подлежащие лечению в отделении: заболевания сонных и других брахиоцефальных артерий (профилактика инсульта); неспецифический аортоартериит; аневризма аорты; ишемия нижних конечностей, в том числе критической ишемии; облитерирующий тромбангиит Бюргера; синдром абдоминальной ишемии; вазоренальная гипертензия; ангиодисплазии; хроническое заболевание вен; лимфедема. * Ежегодно в отделении выполняется 800-900 операций, в том числе гибридных операций на грудной и брюшной аорте, периферических артериях под рентгеновским контролем.   Уникальные условия - существование в одном медицинском учреждении отделений сосудистой, рентгенэндоваскулярной и гнойной хирургии - позволяет успешно лечить пациентов с критической ишемией конечностей (трофические нарушения, гангрена пальцев и стопы). Большой опыт накоплен в диагностике и лечении хемодектом (параганглиом) шеи. Выполняя эти операции, соблюдаются все онкологические принципы подобных вмешательств, а главное - сохраняют или восстанавливают целостность сонных артерий, вовлечённых в опухолевый процесс. Это позволяет свести к минимуму риск неврологических осложнений после операции**. В отделении накоплен самый большой в мире опыт по лечению различных видов ангиодисплазий**, разработана тактика лечения в зависимости от формы и распространенности поражения. Так, для лечения артериовенозных форм заболевания используется тактика рентгеноэндоваскулярной эмболизации (закупорки) приводящих артерий в сочетании с иссечением изменённых тканей. При венозных формах ангиодисплазий используются **авторские методики лазерной и радиочастотной коагуляции венозных каверн**, разработанные научными сотрудниками отделения. |
| Стаж работы по специальности | 25 лет |
| Описание выполняемой работы в соответствии с трудовой функцией | Оказание медицинской помощи, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами: проведение оценки функциональной активности и самостоятельности пациента в самообслуживании, передвижении, общении; выявление потребности в посторонней помощи и сестринском уходе; выполнение медицинских манипуляций; выявление факторов риска падений, развития пролежней, осуществление профилактики пролежней, контактного дерматита, включая позиционирование и перемещение в постели, передвижение и транспортировку пациента с частичной или полной утратой способности самообслуживания, передвижения и общения; проведение динамического наблюдения за показателями состояния здоровья пациента с последующим информированием лечащего врача; контроль выполнения пациентами приема лекарственных препаратов, применения медицинских изделий, двигательного режима и лечебного питания по назначению лечащего врача; проведение подготовки пациента к медицинскому осмотру, исследованиям, лечебным и (или) диагностическим вмешательствам; проведение забора биологического материала пациента для исследований по назначению лечащего врача; получение, хранение, учет и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания.  Проведение мероприятий по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи: проведение дезинфекции и предстерилизационной очистки медицинских изделий; проведение экстренных профилактических мероприятий при возникновении аварийных ситуаций с риском инфицирования медицинских работников.  Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала: ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа; использование медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"; использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну.  Оказание медицинской помощи в экстренной форме: оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме; проведение мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации; проведение мероприятий по поддержанию жизнедеятельности организма пациента до прибытия врача. |
| Опыт работы, включая анализ профессиональной деятельности за отчетный период | За отчетный период в отделении пролечено 4000 чел. Проведена подготовка к оперативным вмешательствам и диагностическим исследованиям: к операциям – 780 чел., к колоноскопии – 20 чел., гастроскопии – 112 чел., бронхоскопии – 15 чел. Проведено заборов биологического материала у 682 чел. Выполнено в/м инъекций – 15600, п/к – 62400, инфузий растворов – 9360, ассистирование врачу при трансфузии крови и кровезаменителей - 50. Не менее 2 раз в смену проводилась дезинфекция помещений в режимных зонах. На регулярной основе ведение медицинской документации, получение, хранение и учет лекарственных препаратов и расходных материалов, транспортировка и сопровождение пациентов на исследования, проведение ухода за тяжелобольными пациентами, профилактика пролежней и падений, психологическая поддержка пациентов и лиц их сопровождающих. |
| Повышение уровня знаний, умений, профессиональных навыков за отчетный период | Прошла курсы повышения квалификации: «Сестринское дело в хирургии», « Оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений», «Актуальные вопросы дезинфектологии. Утилизация медицинских отходов в ЛПУ». Регулярно посещала образовательные мероприятия, активно принимала участие в качестве спикера. Повышала уровень образования путем освоения интерактивных образовательных модулей. |
| Выполнение функции наставника (при наличии) | Владею передаваемыми навыками на экспертном уровне, умею формулировать и ставить задачи, организовывать и контролировать выполнение работ, анализировать результаты и корректировать процесс обучения, помогаю совершенствовать профильные знания и навыки молодых специалистов, помогаю в адаптации к условиям учреждения вновь пришедших с опытом сотрудников. |
| Квалификационная категория, ученая степень (при наличии) | Высшая квалификационная категория |
| Предложения по совершенствованию своей профессиональной деятельности | Постоянная работа по наращиванию собственных компетенций. Расширять кругозор в смежных специальностях и и прикладной сфере (развить цифровые навыки, владение компьютерными программами, освоить принципы тайм-менеджмента, бережливого производства). |

Таблица заполняется полностью, все графы остаются в неизменном виде, даже если нет информации, то ставим либо прочерк, либо слово «нет».

**ПОРТФОЛИО**

|  |
| --- |
|  |

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

|  |
| --- |
|  |

Дата поучения последнего сертификата специалиста или прохождения аккредитации специалиста:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Специальность, по которой проводится аккредитация

|  |
| --- |
|  |

Уровень образования (высшее/среднее профессиональное)

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица

Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (при наличии) Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский\_\_\_

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

центр хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

|  |
| --- |
|  |

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 листах.

|  |
| --- |
|  |

Аккредитуемый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

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

«СОГЛАСОВАНО»

Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.М. Семёнов

Федерального государственного бюджетного

учреждения «Национальный медицинский

исследовательский центр хирургии

им. А.В. Вишневского» Минздрава России

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя

(уполномоченного заместителя руководителя) организации,

подпись, печать (при наличии)

**ОТЧЕТ**

о профессиональной деятельности

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность (при наличии) |
| (указывается период, за который подается отчет о профессиональной деятельности)  Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации |
| для прохождения периодической аккредитации по специальности |
| « » |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (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 |  |