

Додаток 4
до Порядку проведення атестації
працівників сфери охорони
здоров'я
(підпункт 6 пункту 1 розділу IV)

**ОСОБИСТЕ ОСВІТНЄ ПОРТФОЛІО
З РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОХОДЖЕННЯ
БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ**

за _____ рік

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)

Місце роботи (за наявності) (повна назва суб'єкта господарювання / прізвище, ім'я, по-батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця, код ЄДРПОУ / ППН (за наявності), що провадить господарську діяльність з медичної практики / банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України на підставі ліцензії від _____ серія ____ № _____ / наказу МОЗ від _____ № _____, за спеціальностями (зазначаються всі спеціальності, за якими здійснюється господарська діяльність з урахуванням повідомлень про зміни, поданих до органу ліцензування): _____

Займана посада: _____

Контактні дані (телефон, поштова адреса, адреса електронної пошти)

I. Індивідуальні цілі професійного розвитку на рік¹

Опис компетентності (знання, уміння / навички), яку планується здобути та / або вдосконалити	Очікуваний результат (як планується застосовувати здобуту та / або вдосконалену компетентність)

Рекомендації за місцем роботи щодо розвитку професійних компетентностей²

II. Інформація про види діяльності та здобуті компетентності (знання, уміння / навички)

№ з/п	Вид діяльності	Здобуті та / або вдосконалені компетентності	Місце проведення ³	Дата / тривалість	Кількість балів

Відомості щодо персональних досягнень та / або інша інформація про професійну діяльність (в тому числі невиконання чи неналежне виконання обов'язків, порушення правил професійної етики і деонтології та / або рішення суду про позбавлення права займатись професійною діяльністю (за наявності), наявні подання щодо проведення позачергової атестації)⁴ _____

Примітки:

¹ Розділ I заповнюється працівником не пізніше 31 грудня року, що передує року проведення заходів безперервного професійного розвитку та не обов'язково повністю має відповідати пройденим заходам. Невиконані цілі у разі їх актуальності переносяться на наступні періоди.

² Заповнюється працівником після узгодження із керівником структурного підрозділу підприємства, установи, організації (за наявності) або іншим представником роботодавця відповідно до займаної посади працівника / фізичною особою - підприємцем, яка є роботодавцем. У разі, якщо працівник здійснює професійну діяльність лише як фізична особа - підприємець, яка провадить згідно із ліцензією господарську діяльність у сфері охорони здоров'я, цей розділ не заповнюється.

³ Назва країни.

⁴ Інформація розділу II та дані відомості враховуються атестаційною комісією під час прийняття рішення щодо присвоєння або підтвердження відповідної професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації (кваліфікаційної категорії).

Додатки (оригінали документів, що підтверджують види діяльності та обліковані бали):

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

_____ (підпис)

Керівник суб'єкта господарювання / Фізична особа - підприємець

_____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Кваліфікований електронний підпис керівника суб'єкта господарювання / фізичної особи - підприємця
