Додаток 2
до Порядку проведення атестації лікарів
(підпункт 4 пункт 2 розділу III)

ОСОБИСТЕ ОСВІТНЄ ПОРТФОЛІО
З РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОХОДЖЕННЯ
БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ

за _____ рік

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

_____

Місце роботи _____

Займана посада _____

_____

Контактні дані (телефон, адреса електронної пошти)_____

_____

№ з/п	Вид діяльності	Місце проведення	Дата/ тривалість	Кількість балів

Відомості щодо персональних досягнень

_____

_____

_____

_____

Кількість наданих медичних послуг за звітний період (окрім спеціальностей визначених у додатку 5 до Порядку проведення атестації лікарів та спеціальності «Організація і управління охороною здоров'я»)

_____

_____

_____ _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) (підпис)

_____ _____

(керівник закладу охорони здоров'я) (підпис)

М.П.