

Додаток 2
до Порядку проведення атестації
лікарів
(підпункт 4 пункту 2 розділу III,
підпункт 4 пункту 2 розділу IV)

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

за _____ рік

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

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))
керівника закладу охорони здоров'я)

(підпис)

М.П.

{Додаток 2 в редакції Наказу Міністерства охорони здоров'я № 1753 від 18.08.2021}