

## ПОРТФОЛИО

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_ Ложкина Мария Хосевна \_\_\_\_\_

Дата получения последнего сертификата специалиста или прохождения аккредитации специалиста 

2	1
---	---

1	1
---	---

2	0	1	8
---	---	---	---

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

Специальность (должность — для лиц с немедицинским образованием), по которой проводится аккредитация \_\_\_\_\_ сестринское дело \_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица 

0	0	0
---	---	---

0	0	0
---	---	---

1	1	1
---	---	---

1	1
---	---

Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (при наличии) \_\_\_\_\_

Общество с ограниченной ответственностью «Лист»

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

Занимаемая должность (при наличии) \_\_\_\_\_ медицинская сестра \_\_\_\_\_

Дата формирования портфолио 

0	1
---	---

1	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	Актуальные вопросы сестринского дела	144	Удостоверение ПК 1031 123456, рег. № М-00000, от 01.11.2023	05.10.2023-01.11.2023	Некоммерческое образовательное частное учреждение дополнительного профессионального образования учебно-информационный центр «КОМПия»
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	Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)" Версия 5	1	Сертификат прохождения ИОМ: NTNGPW-2012309-VO1447575243-2020
2			

3. Отчет о профессиональной деятельности (мотивированный отказ в согласовании отчета о профессиональной деятельности) на  л.  
(лицами, имеющими квалификационную категорию, присвоенную в текущем году или году, предшествующему году подачи документов для прохождения периодической аккредитации, не заполняется)

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