"Согласован"

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

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

(уполномоченного заместителя руководителя организации),

МП (при наличии)

**ОТЧЕТ**

**о профессиональной деятельности**

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность (при наличии)

 с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается период, за который подается отчет о профессиональной деятельности)

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

(полное наименование организации в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц/едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей (при наличии))

 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, участие в работе аккредитационных подкомиссий |   |
| 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 |   |
| Участие в работе медицинских профессиональных некоммерческих организаций, их ассоциаций (союзов), профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций) |  |