

Додаток 2
до Порядку проведення
атестації лікарів
(пункт 3 розділу II)

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

за рік

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Місце роботи _____

Займана посада _____

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

Відомості щодо персональних досягнень

(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

(керівник закладу охорони здоров'я)

(підпис)

М.П.