

**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) _____

N 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.