**ПОРТФОЛИО**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Пушкина Ирина Ивановна

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата получения последнего сертификата специалиста или прохождения аккредитации специалиста | 1 | 2 |  | 0 | 4 |  | 2 | 0 | 1 | 8 |

Уровень образование (высшее / среднее профессиональное) среднее профессиональное

Специальность (должность — для лиц с немедицинским образованием), по которой проводится аккредитация Медицинский массаж

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица | 0 | 2 | 7 |  | 8 | 5 | 7 |  | 6 | 7 | 5 |  | 8 | 6 |  |

Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность   
(при наличии) Акционерное общество Санаторий «Дубки»

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

Занимаемая должность (при наличии) Медицинская сестра по массажу

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата формирования портфолио | 2 | 3 |  | 0 | 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 | Медицинский массаж | 144 | Удостоверение о повышении квалификации | с 21.09.2022г. по 14.10.2022 г. | Государственное автономное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Республики Мордовия «Мордовский республиканский центр повышения квалификации специалистов здравоохранения» |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* + - 1. 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. Отчет о профессиональной деятельности (мотивированный отказ в согласовании отчета о профессиональной

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| деятельности на | 0 | 1 | 3 | л. |

(лицам, имеющим квалификационную категорию, присвоенную в текущем году или году, предшествующему году подачи документов  
для прохождения периодической аккредитации, не заполняется)

Аккредитуемый / Пушкина Ирина Ивановна

…………………………….(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)