

Додаток 2  
до Порядку проведення атестації лікарів  
(підпункт 4 пункту 2 розділу III, підпункт 4  
пункту 2 розділу IV)

**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) \_\_\_\_\_

№ 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.

\_\_\_\_\_