

Додаток 4
до Порядку проведення атестації
працівників сфери охорони
здоров'я
(підпункт 2 пункту 1 розділу III)

**Особисте освітнє портфоліо з результатами проходження
безперервного професійного розвитку**

за _____ рік

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)

Місце роботи (за наявності) (повна назва суб'єкта господарювання / прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця, код згідно з ЄДРПОУ (для юридичних осіб) або реєстраційний номер облікової картки платника податків (для фізичних осіб) або серію (за наявності) та номер паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідному контролюючому органу і мають відмітку у паспорті) _____

_____,
що провадить господарську діяльність з медичної практики / банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України, або заготівлі та тестування донорської крові та компонентів крові незалежно від їх кінцевого призначення, переробки, зберігання, розподілу та реалізації донорської крові та компонентів крові, призначених для трансфузії, або діяльність з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами на підставі ліцензії від _____ серія _____ № _____ (за наявності) / рішення про видачу ліцензії, затверджене наказом МОЗ від _____ № _____, за спеціальностями (зазначаються всі спеціальності, за якими здійснюється господарська діяльність з урахуванням повідомлень про _____ зміни, _____ поданих _____ до _____ органу ліцензування): _____

Займана посада: _____

Контактні дані (телефон, поштова адреса, адреса електронної пошти)

I. Індивідуальні цілі професійного розвитку на рік¹

Опис компетентності (знання, уміння / навички), яку планується здобути та/або вдосконалити	Очікуваний результат (як планується застосовувати здобуту та/або вдосконалену компетентність)

Рекомендації за місцем роботи щодо розвитку професійних компетентностей²

II. Інформація про види діяльності та здобуті компетентності (знання, уміння / навички)³

№ з/п	Вид діяльності	Здобуті та/або вдосконалені компетентності	Місце проведення⁴	Дата / тривалість	Кількість балів

Додатки (оригінали документів, що підтверджують види діяльності та обліковані бали):

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

(підпис)

Керівник суб'єкта господарювання /
Фізична особа – підприємець

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Кваліфікований електронний підпис керівника суб'єкта господарювання /
фізичної особи – підприємця

Примітки:

¹ Розділ I заповнюється працівником сфери охорони здоров'я на рік наступний за звітним та не обов'язково повністю має відповідати пройденим заходам. Невиконані цілі у разі їх актуальності переносяться на наступні періоди.

² Заповнюється працівником сфери охорони здоров'я після узгодження із керівником структурного підрозділу підприємства, установи, організації (за наявності) або іншим представником роботодавця відповідно до займаної посади працівника / фізичною особою – підприємцем, яка є роботодавцем. У разі, якщо працівник здійснює професійну діяльність лише як фізична особа – підприємець, яка провадить згідно із ліцензією господарську діяльність у сфері охорони здоров'я, цей розділ не заповнюється.

³ Інформація розділу II та дані відомості враховуються атестаційною комісією під час прийняття рішення щодо присвоєння або підтвердження відповідної професійної кваліфікації / рівня професійної кваліфікації.

⁴ Назва країни.
