

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")  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(підпис)

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

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))  
керівника закладу охорони здоров'я)

М. П.