

Додаток 2
до Порядку проведення атестації лікарів
(пункт 3 розділу II)

**ОСОБИСТЕ ОСВІТНЄ ПОРТФОЛІО
З РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОХОДЖЕННЯ
БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ**

за _____ рік

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Місце роботи _____

Займана посада _____

№ з/п	Вид діяльності	Місце проведення	Дата/ тривалість	Кількість балів

Відомості щодо персональних досягнень

(прізвище, ім'я, по батькові)

(підпис)

(керівник закладу охорони здоров'я)

(підпис)

М.П.