Приложение 3

к Правилам

оценки специалистов

в области здравоохранения

Форма

Согласован \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись и фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (уполномоченного заместителя руководителя) организации)

Отчет о профессиональной деятельности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность (при наличии)

c\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается период, за который подается отчет о профессиональной деятельности)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование критерия | Описание |
| Стаж по специальности и (или) специализации |  |
| Сведения об организации, в которой кандидат осуществляет профессиональную деятельность (краткая характеристика организации, отражающая основные направления ее деятельности, ее структура: ПМСП, АМП, СЗП, СМП и др.) |  |
| Наименование структурного подразделения, в котором кандидат осуществляет профессиональную деятельность и занимаемая должность |  |
| Описание выполняемой работы в соответствии с трудовой функцией профессионального стандарта |  |
| Количество выполненных работ в соответствии с трудовой функцией |  |
| Сведения о наличии/отсутствии страховых случаев (обоснованная жалоба, письменная досудебная претензия, судебный иск) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата (личная подпись кандидата)