Памятка по прохождению аккредитации.

Порядок проведения периодической аккредитации в 2022-2023 годах регламентирован приказом Минздрава 1081н от 22 ноября 2021 года.

Для прохождения периодической аккредитации специалиста аккредитуемый представляет в федеральный аккредитационный центр:

- заявление о допуске к аккредитации специалиста;

- портфолио за последние пять лет со дня получения последнего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста по соответствующей отчетный период;

 - копию документа, удостоверяющего личность;

- в случае изменения фамилии, имени, отчества - копию документа, подтверждающего факт изменения фамилии, имени, отчества;

- копию сертификата специалиста (при наличии) или свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии);

- копии документов о высшем образовании и о квалификации (с приложениями), или о среднем профессиональном образовании (с приложениями), или выписку из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии;

- копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период;

- копию трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской деятельности или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством Российской Федерации о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии);

- страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица.

График приема и регистрации документов для прохождения периодической аккредитации федеральными аккредитационными центрами

**Для лиц, имеющих высшее медицинское образование, высшее фармацевтическое образование и среднее фармацевтическое образование**

1. Документы представляются лично или заказным письмом по адресу 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1:

Понедельник – четверг 9:30-12:45 и 14:00-16:00

Пятница 9:30-12:45

Предвыходные и предпраздничные дни 9:30-12:45

1. График регистрации документов, представляемых через личный кабинет ФРМР:

Понедельник – четверг 9:30-16:00

Пятница 9:30-15:00

**Для лиц, имеющих среднее медицинское образование**

1. Документы представляются лично, почтовым отправлением по адресу 107564, г. Москва, ул. Лосиноостровская, д. 2
2. или через личный кабинет ФРМР

Понедельник – четверг 10:00-12:00 и 14:00-16:00

Пятница – не приемный день

Сайт федерального центра аккредитации https://fca-rosminzdrav.ru

|  |  |
| --- | --- |
|  | В центральную аккредитационную комиссию/ аккредитационную комиссию субъекта Российской Федерации(нужное подчеркнуть) |
|  | от |  |
|  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
|  |  |
| (дата рождения) |
|  |  |
| (адрес регистрации) |
|  |
|  | (контактный номер телефона) |

|  |
| --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ****о допуске к аккредитации специалиста** |

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  |  (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| информирую, что успешно завершил(а) освоение программ повышения квалификации, что подтверждается прилагаемыми копиями документов и портфолио.Прошу допустить меня до прохождения процедуры периодической аккредитации специалиста по специальности: . |
| Приложение: |
| 1. [Портфолио](#P288) на л.; |
| 2. Копия документа, удостоверяющего личность: |  |
|  | (серия, номер, |
|  | ; |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) |  |
|  3. Копия сертификата специалиста (при наличии) или свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии):   (серия, номер, |
|  |  |
| сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена/аккредитации специалиста) |  |
|  |
|   4. Копии документов о высшем образовании и о квалификации или о среднем профессиональном образовании, или выписка из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии  (серия, номер, |
|  | ; |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |  |
|  5. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период:***,***  |
|  (серия, номер, |
|  |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |  |
| 6. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица: |
|  | ; |
| 7. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством Российской Федерации о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии). |
| 8. Копии иных документов (при наличии):  |
| В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»[[1]](#endnote-1) в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании и результатах прохождения мной аккредитации специалиста, а именно согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. |
|  Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу (адресам):  (адрес электронной почты)или сообщить по номеру телефона: . (контактный номер телефона) |
|   |  |   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |

Приложение № 2

к особенностям проведения аккредитации специалистов в 2021 году, утвержденным приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации
от 2 февраля 2021 г. № 40н

Рекомендуемый образец

**ПОРТФОЛИО**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии)  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата получения последнего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Специальность**,** по которой проводится аккредитация  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень образования (высшее / среднее профессиональное)  |  |

|  |
| --- |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (для иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии) |

|  |
| --- |
| Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность(при наличии)  |
|  |
|  (указывается в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц / едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей) |

|  |  |
| --- | --- |
| Занимаемая должность (при наличии)  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата формирования портфолио |  |

1. Сведения об освоении программ повышения квалификации.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование программы повышения квалификации | Трудоемкость, часы | Реквизиты документа о квалификации | Период обучения | Полное наименование организации, осуществляющей реализацию образовательной деятельности |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

2. Сведения об образовании, подтвержденные на интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (при наличии).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование | Вид и реквизиты подтверждающего документа |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Отчет о профессиональной деятельности на  |  л |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Аккредитуемый |  | /  |

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Приложение к портфолио

|  |
| --- |
| «Согласовано» |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (уполномоченного заместителя руководителя) организации), подпись, печать) |

**ОТЧЕТ**

о профессиональной деятельности

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

|  |  |
| --- | --- |
| с  |  |

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

|  |
| --- |
|  |
|  |
| (полное наименование организации в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц / едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей (при наличии) |

для прохождения периодической аккредитации по специальности

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |
|   | (личная подпись аккредитуемого) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сведения об организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (краткая характеристика организации, отражающая основные направления ее деятельности, ее структура) |  |  |
| Наименование структурного подразделения, в котором аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность, основные задачи и функции указанного структурного подразделения |  |  |
| Стаж работы по специальности |  |  |
| Описание выполняемой работы в соответствии с трудовой функцией  |  |  |
| Опыт работы, включая анализ профессиональной деятельности за отчетный период |  |  |
| Повышение уровня знаний, умений, профессиональных навыков за отчетный период |  |  |
| Выполнение функции наставника (при наличии) |  |  |
| Квалификационная категория, ученая степень (при наличии) |  |  |
| Предложения по совершенствованию своей профессиональной деятельности |  |  |

1. Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2021, N 1, ст. 58. [↑](#endnote-ref-1)