

СОГЛАСОВАН

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

МП (при наличии)

ОТЧЕТ
о профессиональной деятельности

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

(страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица)

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

(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	
Выполнение функции наставника (при наличии)	
Предложения по совершенствованию своей профессиональной деятельности	