Приложение 3 к Порядку отбора и направления

обучающихся ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

для академической мобильности в форме стажировки

 в сторонние организации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Приволжский исследовательский медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ДНЕВНИК**

**АКАДЕМИЧЕСКОЙ МОБИЛЬНОСТИ В ФОРМЕ СТАЖИРОВКИ**

**Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Факультет , курс, группа (для студентов**)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность, направление (для ординаторов, магистров аспирантов)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование программы стажировки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место прохождения стажировки:

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

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

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

(наименование МО/НО, юридический адрес)

Период прохождения стажировки:

с ЧЧ.ММ.ГГ г. по ЧЧ.ММ.ГГ г.

Руководитель организации стажировки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(или уполномоченное лицо) М.П. *Ф.И.О., должность, подпись*

Стажер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Ф.И.О., подпись*

**I. ДНЕВНИК ПРОХОЖДЕНИЯ СТАЖИРОВКИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Даты  | Наименование темы стажировки | Формируемые компетенции |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| … |  |  |  |

Уполномоченное лицо организации стажировки:

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

 (дата) (подпись) (расшифровка)

**II. АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

**по сформированным практическим навыкам и умениям**

Ф.И.О. стажера: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование раздела стажировки | Формируемые компетенции | Оценка, дата | Подпись уполномоченного лица от организации - базы стажировки |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**III. ХАРАКТЕРИСТИКА СТАЖЕРА**

Руководитель организации стажировки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(или уполномоченное лицо) М.П. *Ф.И.О., должность, подпись*