



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

И.о. ректора

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Минздрава России

/С.А. Сайганов /



2017 года.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
ПО ТЕМЕ
«КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ПРОЦЕССОВ».**

**Кафедра ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ.
Специальность ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ.**

Санкт-Петербург – 2017

1. Состав рабочей группы
по разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
по теме «**Кожные проявления системных процессов**», специальность
«дерматовенерология».

№ п/п.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы
1.	К.И.Разнатовский	Д.м.н, профессор	Зав.кафедрой	ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России, кафедра дерматовенерологии
2.	С.К.Клибсон	К.м.н, доцент	доцент	ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России, кафедра дерматовенерологии
3.	А.А.Вашкевич	К.м.н	доцент	ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России, кафедра дерматовенерологии
4.	Ю.В.Левина		ассистент	ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России, кафедра дерматовенерологии

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации по теме «**Кожные проявления системных процессов**» обсуждена на заседании кафедры дерматовенерологии «15» декабря 2016 г., протокол № 13.

Заведующий кафедрой, профессор _____ /Разнатовский К.И./
(подпись) (расшифровка подписи)

Согласовано:

с отделом образовательных стандартов и программ ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России «15» апреля 2017 г.

Заведующий отделом образовательных стандартов и программ
_____ / Михайлова О.А. /
(подпись) (расшифровка подписи)

Одобрено методическим советом терапевтического факультета
«26» апреля 2017 г. протокол № 3

Председатель, профессор _____ /Лобзин С.В. /
(подпись) (расшифровка подписи)

Программа принята к реализации в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования:

Декан факультета _____ /Разнатовский К.И./
(подпись) (расшифровка подписи)

«28» апреля 2017 г.

С.В. Лобзин
4.05.2017г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Состав рабочей группы	Ошибка! Закладка не определена.
2. Общие положения.....	4
3. Характеристика программы.....	4
4. Планируемые результаты обучения.....	5
5. Календарный учебный график	6
6. Учебный план.....	7
7. Рабочая программа	8
8. Организационно-педагогические условия реализации программы.....	9
9. Формы контроля и аттестации.....	11
10. Оценочные средства	12
11. Нормативные правовые акты.....	15