

Председателю аккредитационной подкомиссии

_____ (инициалы, фамилия)

от _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

тел. _____

адрес
электронной почты _____

страховой номер индивидуального
лицевого счета _____

_____ (дата рождения, адрес регистрации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о допуске к аккредитации специалиста**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности (направлению подготовки) * _____, что подтверждается _____

_____ (реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации)

_____ (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании (с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять _____

_____ (медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с номенклатурой)

на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения

_____ (процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго/третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: _____ (серия, номер,

_____ сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Документа(ов) об образовании: _____

_____ ;

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: _____ ;

_____ ;

4. Иных документов: _____ ;

_____ ;

В соответствии со **статьей 9** Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных"*** в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам аккредитационной подкомиссии под председательством _____ 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.

(Ф.И.О.)

(подпись)

"__"_____20__г.

Председателю аккредитационной подкомиссии

_____ (инициалы, фамилия)

от _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

тел. _____

адрес _____

электронной почты _____

страховой номер индивидуального
лицевого счета _____

_____ (дата рождения, адрес регистрации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о допуске к аккредитации специалиста**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности (направлению подготовки) * _____, что подтверждается **дипломом о профессиональной переподготовке 771323 023654 от 30.05.2024г.**

Диплом о высшем образовании (серия, номер, дата выдачи)

(реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации)

Диплом об окончании интернатуры, ординатуры

(с приложениями) или о среднем профессиональном образовании

(с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять _____

_____ (медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с номенклатурой)

на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения

_____ (процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго/третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

5. Документа, удостоверяющего личность: _____

(серия, номер, _____;

_____ сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

6. Документа(ов) об образовании: **Диплом о высшем образовании (серия, номер, дата выдачи), Диплом об окончании интернатуры, ординатуры (серия, номер, дата выдачи)**

дипломом о профессиональной переподготовке (серия, номер, дата выдачи);

7. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: _____;

8. Иных документов: _____;

В соответствии со **статьей 9** Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных"****** в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам аккредитационной подкомиссии под председательством _____ 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.

(Ф.И.О.)

(подпись)

"__" _____ 20__ г.