|  |
| --- |
| В аккредитационную подкомиссиюот\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес регистрации с индексом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес проживания с индексом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |   |
|   | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы среднего профессионального образования по специальности (направлению подготовки), что подтверждается\_\_\_\_дипломом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

Прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации аккредитации по специальности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
| (начиная с первого/второго/третьего этапа) |

Приложение:

|  |
| --- |
| 1. Копия документа, удостоверяющего личность:  |
|  |
|  |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) |
| 2. Копии документов об образовании и о квалификации, или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: |
|  |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |
| 3. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования - профессиональной переподготовки (для первичной специализированной аккредитации): |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |
| 4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (СНИЛС для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии): |
|    |
| 5. Копия сертификата специалиста (при наличии):  |
|    |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена) |
| 6. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): |
|    |
| (специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, номер свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии)) |

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, предусмотренных пунктами 46 и 47 Положения об аккредитации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 ноября 2021 г. N 1081н (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В соответствии со [статьей 9](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=395751#l49) 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, членам центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) и Федеральным аккредитационным центрам 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 электронной почты: |
| **(**адрес электронной почты **разборчиво)**  | . |
|  |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Подтверждаю, что документы в другие аккредитационные подкомиссиимной и (или) моим представителем не подавались. |

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

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.