**ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Председателю аккредитационной комиссии Соловьевой И.В.** |
| **от Петрова Петра Петровича** |
| **Сотовый телефон: 89505555050** |
| **Адрес электронной почты: PetrovPP@mail.ru** |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к первичной специализированной аккредитации специалиста**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Петров Пётр Петрович*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, информирую, что успешно завершил(а) освоение дополнительной образовательной программы по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Медицинский массаж*** \_\_\_\_\_что подтверждается ДИПЛОМОМ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКЕ

**серия 7824 номер 00267276** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи документа (формат дд.мм.гггг): **30.06.2021\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Кем выдан документ: **СПб ГБПОУ «Медицинский колледж № 2»**

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры аккредитации специалиста, начиная с первого этапа.

Прилагаю копии следующих документов:

1. Паспорт;
2. Диплом о среднем профессиональном образовании с приложением;
3. Диплом о профессиональной переподготовке с приложением;
4. Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС)
5. Документ, подтверждающий смену фамилии, имени или отчества (если в дипломе и в паспорте они разные)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» <2> 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 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.

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

ФИО Подпись Дата

**Внести данные в таблицу**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия** | **Петров** |
| **Имя** | **Пётр** |
| **Отчество** | **Петрович** |
| **Пол** | **Мужской** |
| **Тип гражданства** | **Гражданин РФ** |
| **Гражданство** | **Россия** |
| **Отношение к военной службе** | **Военнообязанный** |
| **СНИЛС (формат 01234567890)** | **01234567890** |
| **Телефон (формат 89505555050)** | **89505555050** |
| **Адрес электронной почты** | **PetrovPP@mail.ru** |
| **Дата рождения (формат дд.мм.гггг)** | **01.01.1999** |
| **Индекс (формат 123456)** | **123456** |
| **Адрес регистрации** | **Г.Санкт-Петербург, ул.Чекистов, д.18, кв.100** |
| **Вид документа** (удостоверение личности) | **Паспорт** |
| **Серия документа** (удостоверение личности) | **1122** |
| **Номер документа** (удостоверение личности) | **112233** |
| **Дата выдачи документа (формат дд.мм.гггг)** (удостоверение личности) | **15.01.2019** |
| **Кем выдан документ (**удостоверение личности) | **Отделом УФМС России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области в Красносельском р-не г.Санкт-Петербурга** |
| **Тип документа об образовании** | **Диплом о профессиональной переподготовке (ДПП)** |
| **Уровень образования** | **Средне-профессиональное** |
| **Специальность по диплому о ПП** | **Медицинский массаж** |
| **Серия документа об образовании (ДПП)** | **7824** |
| **Номер документа об образовании (ДПП)** | **00267276** |
| **Дата выдачи документа об образовании (формат дд.мм.гггг) (ДПП)** | **30.06.2021** |
| **Кем выдан документ об образовании (ДПП)** | **СПб ГБПОУ «Медицинский колледж № 2»** |