|  |  |
| --- | --- |
|  | **Председателю аккредитационной комиссии** |
| **от** |
| **Сотовый телефон:** |
| **Адрес электронной почты:** |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к первичной специализированной аккредитации специалиста**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, информирую, что успешно завершил(а) освоение дополнительной образовательной программы по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_что подтверждается ДИПЛОМОМ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКЕ

серия /номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Кем выдан документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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** |  |
| **Имя** |  |
| **Отчество** |  |
| **Пол** |  |
| **Тип гражданства** |  |
| **Гражданство** |  |
| **Отношение к военной службе** |  |
| **СНИЛС (формат 01234567890)** |  |
| **Телефон (формат 89505555050)** |  |
| **Адрес электронной почты** |  |
| **Дата рождения (формат дд.мм.гггг)** |  |
| **Индекс (формат 123456)** |  |
| **Адрес регистрации** |  |
| **Вид документа** (удостоверение личности) |  |
| **Серия документа** (удостоверение личности) |  |
| **Номер документа** (удостоверение личности) |  |
| **Дата выдачи документа (формат дд.мм.гггг)** (удостоверение личности) |  |
| **Кем выдан документ (**удостоверение личности) |  |
| **Тип документа об образовании** | **Диплом о профессиональной переподготовке (ДПП)** |
| **Уровень образования** |  |
| **Специальность по диплому о ПП** |  |
| **Серия документа об образовании (ДПП)** |  |
| **Номер документа об образовании (ДПП)** |  |
| **Дата выдачи документа об образовании (формат дд.мм.гггг) (ДПП)** |  |
| **Кем выдан документ об образовании (ДПП)** |  |