

В аккредитационную подкомиссию по специальности:

\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_

страховой номер индивидуального лицевого счета

(СНИЛС) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(дата рождения, адрес регистрации)

\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о допуске к аккредитации специалиста

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности \_\_\_\_\_, что подтверждается  
(в соответствии с номенклатурой)

\_\_\_\_\_

(реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации или о среднем профессиональном образовании)

Прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации/первичной специализированной аккредитации по специальности (должности):

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(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 выписка из протокола  
заседания государственной экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

3. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или присвоение  
квалификации по результатам дополнительного профессионального образования-  
профессиональная переподготовка (для первичной специализированной аккредитации):

\_\_\_\_\_;  
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

4. Копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС)  
\_\_\_\_\_;

5. Копия сертификата специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_;

6. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии) \_\_\_\_\_;

7. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии);

4. Копии 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, членам аккредитационной комиссии 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)

Подтверждаю, что документы в другие аккредитационные подкомиссии мной или моим представителем не подавались.

\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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