|  |  |
| --- | --- |
|  | В центральную аккредитационную комиссию/аккредитационную комиссию субъекта Российской Федерации(нужное подчеркнуть) |
|  | от |  |
|  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
|  |  |
| (дата рождения) |
|  |  |
| (адрес регистрации) |
|  |
|  | (контактный номер телефона) |

|  |
| --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕо допуске к аккредитации специалиста |

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| информирую, что успешно завершил(а) освоение программ повышения квалификации, что подтверждается прилагаемыми копиями документов и портфолио.Прошу допустить меня до прохождения процедуры периодической аккредитации специалиста по специальности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| Приложение: |
| 1. Портфолио на \_\_\_\_\_\_\_ л.; |
| 2. Копия документа, удостоверяющего личность: |  |
|  | (серия, номер, |
|  | ; |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) |  |
|  3. Копия сертификата специалиста (при наличии) или (нужное подчеркнуть)свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; (серия, номер, |
|  | ; |
| сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена/аккредитации специалиста) |  |
|  |
|  4. Копии документов о высшем образовании и о квалификации илио среднем профессиональном образовании, или выписка из протоколазаседания государственной экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия, номер, |
|  | ; |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |  |
|  5. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведенияоб освоении программ повышения квалификации за отчетный период: |
|  |
| (серия, номер, |
|  | ; |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |  |
| 6. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица: |
|  | ; |
| 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 (при наличии): |  | . |
| В соответствии со [статьей 9](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=389193&date=03.08.2021&demo=1&dst=100278&fld=134) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" [<1>](#Par220) в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, 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. |
|  Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к немудокументов прошу направить по адресу (адресам): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес электронной почты)или сообщить по номеру телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (контактный номер телефона) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |  |