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

|  |
| --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  о 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 или  о среднем профессиональном образовании, или выписка из протокола  заседания государственной экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (серия, номер, | | | | |
|  | | | | ; |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) | | | |  |
| 5. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения  об 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 нему  документов прошу направить по адресу (адресам): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес электронной  почты)  или сообщить по номеру телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (контактный номер  телефона) | | | | |

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