

В аккредитационную подкомиссию по специальности _____

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата рождения)

(страховой номер индивидуального лицевого счета
застрахованного лица - СНИЛС)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(адрес регистрации с индексом)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(адрес фактического проживания с индексом)

(контактный номер телефона)

(личный адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ о допуске к аккредитации специалиста

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы высшего или среднего профессионального образования (нужное подчеркнуть) по специальности _____, что подтверждается _____

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

(с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

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

(нужное подчеркнуть)

(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 (или) о квалификации или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: _____

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

3. Копия сертификата специалиста (при наличии): _____

_____ ;
 _____ ;
 (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена)

4. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): _____

_____ ;
 _____ ;
 (специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, номер свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии))

5. 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). _____

6. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 61 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. № 709н (при наличии): _____

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»² в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, и в течение неограниченного срока после прохождения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации, членам аккредитационной комиссии (аккредитационной подкомиссии), Методическому центру аккредитации специалистов, Федеральным аккредитационным центрам, Областному центру аккредитации и симуляционных технологий ГАПОУ СО «СОБМК» 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, в том числе третьим лицам (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 и (или) моим представителем не подавались.

_____ ;
 _____ ;
 (фамилия, имя, отчество (при наличии) – полностью)

_____ ;
 _____ ;
 (подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г