Председателю аккредитационной подкомиссии

 \_\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (инициалы, фамилия)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. )

 тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес регистрации по паспорту: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к первичной аккредитации специалиста

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы среднего профессионального образования по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, что подтверждается дипломом о среднем профессиональном образовании № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, приложение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ , дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую/фармацевтическую деятельность (нужное подчеркнуть) на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации специалиста.

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Документа(ов) об образовании: диплом № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, приложение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: СНИЛС № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4. Иных документов: военный билет (при наличии), свидетельство о заключении брака.

 В соответствии со [статьей 9](https://sudact.ru/law/federalnyi-zakon-ot-27072006-n-152-fz-o/glava-2/statia-9_1/) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 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 и членам аккредитационной подкомиссии под председательством \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется в случае невозможности получения указанной информации аккредитуемым лично).

Подтверждаю, что документы, необходимые для прохождения аккредитации специалиста, в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или)доверенным лицом не подавались.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.) (подпись)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**Внести данные в таблицу Анкеты**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия  |  |
| Имя  |  |
| Отчество  |  |
| Пол  |  |
| Тип гражданства  |  |
| Гражданство  |  |
| Отношение к военной службе  |  |
| СНИЛС (формат 01234567890)  |  |
| Телефон (формат 89261234567)  |  |
| Адрес электронной почты  |  |
| Дата рождения (форма дд.мм.гггг)  |  |
| Индекс (формат 123456)  |  |
| Адрес регистрации  |  |
| Вид документа (удостоверение личности)  |  |
| Серия документа  |  |
| Номер документа  |  |
| Дата выдачи документа (дд.мм.гггг)  |  |
| Кем выдан документ  |  |
| Тип документа об образовании  |  |
| Уровень образования  |  |
| Специальность по диплому  |  |
| Серия документа об образовании  |  |
| Номер документа об образовании  |  |
| Дата выдачи документа об образовании(формат дд.мм.гггг)  |  |
| Кем выдан документ об образовании  |  |

\* Список председателей подкомиссий

|  |  |
| --- | --- |
| Лечебное дело | Федотова Светлана Александровна |
| Акушерское дело | Дума Евгения Васильевна |
| Сестринское дело | Климчук Татьяна Владимировна |
| Лабораторная диагностика | Терехова Татьяна Николаевна |
| Стоматология ортопедическая | Ужнев Сергей Владимирович |
| Стоматология профилактическая | Вульф Алексей Николаевич |
| Фармация | Нестерова Татьяна Николаевна |