|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Председателю аккредитационной комиссии | | | |
|  | | | |
| (инициалы, фамилия) | | | |
| от |  | | |
|  | | | |
|  | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | |
| тел. |  | | |
|  |  | | |
| адрес электронной почты: | | | |
|  | |  | |
| (СНИЛС) страховой номер индивидуального | | | |
| лицевого счета | | |  |
|  | | | |
|  | | | |

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

индекс и адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к аккредитации специалиста**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | |  | | | | |
|  | | (фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | | |
| информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной | | | | | | |
| подготовки по специальности (направлению подготовки) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| что подтверждается | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| (реквизиты документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы) | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Учитывая, что я намерен (а) осуществлять | | | | | | |
|  | | | | | | |
| (медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с номенклатурой) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения | | | | | | |
|  | | | | | | |
| (процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго/третьего этапа) | | | | | | |
| Прилагаю копии следующих документов: | | | | | |  |
| 1. | Документа, удостоверяющего личность: | | | |  | |
|  |  | | |  | (серия, номер, | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) | | | | | | |
| 2. | Документа (ов) об образовании: | | |  | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 3. | Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС): | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 4. | Иных документов: | |  | | | |
|  | | | | | | |

В соответствии со статьей 9 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 комиссии 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.

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

(Ф.И.О.) (подпись)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.