|  |
| --- |
| 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.