|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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](#P288) 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 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](consultantplus://offline/ref=A9CB30909AD32A374B933EC8319B36A357CC0AA2EBEBAEE001CEAED21C1326DC4AEC3DD7C4A42BF8906F6FDEBE38637C99734576776B4D77PB28F) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»[[1]](#endnote-1) 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) | |
| *«* г. | |  | |  | |

1. Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2021, N 1, ст. 58. [↑](#endnote-ref-1)