Председателю аккредитационной комиссии

(инициалы, фамилия)

от

(Ф.И.О. полностью)

тел.

e-mail

СНИЛС

(дата рождения, адрес регистрации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я,

(фамилия, имя, отчество)

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по

специальности

(в соответствии с номенклатурой)

, что подтверждается

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

.

приложениями или иного 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:

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Документа(ов) об образовании: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

;

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного

страхования:

4. Иных документов:

(серия, номер,

;

2

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г.

№152-ФЗ «О персональных данных»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 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.