

В аккредитационную подкомиссию

от Иванова Ивана
Ивановича
(ФИО полностью)

дата рождения 01.02.1996

СНИЛС 000-000-000-14

адрес регистрации с индексом 650056,
г. Кемерово, ул. Ворошилова,
д. 22а

адрес фактического проживания с индексом
(если отличается от регистрации) —

телефон: +79059001000

личный адрес электронной почты:
pechta@gmail.com

Заявление о допуске к аккредитации специалиста

Я, Иванов Иван Иванович,

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы высшего или среднего профессионального образования (нужное подчеркнуть) по специальности / направлению подготовки, что подтверждается дипломом

о высшем образовании №4220140100 от 19.04.2019г.
(реквизиты документа о высшем образовании и (или) квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании)

Прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации / первичной специализированной аккредитации (нужное подчеркнуть) по специальности:

Лечебное дело

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: паспорт
32 20 140100, выдан ОУФМС Ленинского
района г. Кемерово 01.03.2012 г.
(серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем органе)

2. Копии документов об образовании и (или) о квалификации или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии:
диплом о высшем образовании №4220140100
от 19.04.2019г., ФГБОУ ВО КеТМУ МЗ РФ
(серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшей организации)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии): _____;
(серия, номер, сведения о дате выдачи и месте проведения сертификационного экзамена)

4. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): _____;
(специальность, сведения о дате и месте прохождения аккредитации, номер свидетельства об аккредитации при наличии)

5. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности, подтверждающие наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством РФ о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии).

6. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 61 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2022 г. №709н (при наличии): _____;
(при смене фамилии, имени, отчества)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, и в течение неограниченного срока после прохождения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации, членам аккредитационной комиссии (аккредитационной подкомиссии), Методическому центру аккредитации специалистов, Федеральным аккредитационным центрам 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, в том числе третьим лицам (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу электронной почты: pochta@gmail.com.
(адрес электронной почты)

Подтверждаю, что документы в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или) моим представителем не подавались.

Иванов И.И.
(фамилия, имя, отчество при наличии)

Иванов
(подпись)

« 06 » 06 20 23 г.