|  |  |
| --- | --- |
|  | В аккредитационную подкомиссию |
|  | **От**  |
|  |  |
|  | **(ФИО полностью)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **(Дата рождения)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **(страховой номер индивидуального страхового счета застрахованного лица – СНИЛС)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | **(Адрес места регистрации с индексом)** |
|  | **+** | **7** |  | **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **(контактный номер телефона)** |
|  |  |
|  | **(личный адрес электронной почты)** |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к аккредитации специалиста**

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(фамилия, имя, отчество (при наличии)**

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы среднего профессионального образования по специальности (направлению подготовки), что подтверждается

|  |
| --- |
| **реквизиты документа о среднем профессиональном образовании с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании/освоения образовательной программы** |

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

|  |
| --- |
|  |

начиная с 1 этапа.

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность:

|  |
| --- |
|  |
|  |
| **(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)** |

1. Копии документов об образовании и (или) о квалификации или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии:

|  |
| --- |
|  |
|  |
| **(серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшей его организации)** |

1. Копия сертификата специалиста (при наличии):

|  |
| --- |
|  |
| **(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена)** |

1. Сведения о прохождении аккредитации специалиста:

|  |
| --- |
|  |
| **(специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, номер свидетельства об аккредитации специалиста** **(при наличии)** |

1. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством РФ о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии).
2. Копии документов, подтверждающих постановку/снятие на воинский учёт.
3. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 61 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного Минздравом РФ от 28.10.2022 №709-н (при наличии):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 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 (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

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

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

**Подпись**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фамилия, имя, отчество (при наличии)** |  | **Подпись** |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.