**Заявление о допуске к аккредитации специалиста по специальности**

 **34.02.02 Медицинский массаж**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю аккредитационной подкомиссии   |
|  **от**  |
|  (Ф.И.О. полностью) **сотовый тел.**:  |
|  **адрес электронной почты**:  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОПУСКЕ К АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности Медицинский массаж что подтверждается Дипломом: Серия Номер Дата выдачи документа (формат дд.мм.гггг):

Кем выдан документ:

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры аккредитации специалиста, начиная с первого этапа.

 **Прилагаю копии следующих документов:**

 1. Паспорт

 2. Документа об образовании

 3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования

 4. Иных документов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г.N 152-ФЗ "О персональных данных" [<2>](file:///C%3A%5CUsers%5CUser%5CDesktop%5C%D0%90%D0%9A%D0%9A%D0%A0%D0%95%D0%94%D0%98%D0%A2%D0%90%D0%A6%D0%98%D0%AF%5C2019%20%D0%90%D0%BA%D0%BA%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%5C%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D1%8B%5C%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%B6%5C%D0%9F%D0%A0%D0%98%D0%9A%D0%90%D0%97%20%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%B6%D1%83%20%20%D0%BE%D0%B1%20%D0%B0%D0%BA%D0%BA%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%82%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8.docx#Par482) в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведенияаккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохраненияРоссийской Федерации и членам аккредитационной подкомиссии под председательством Москаленко Л..В. 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.

**Внести данные в таблицу**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Пол |  |
| Тип гражданства |  |
| Гражданство |  |
| Отношение к военной службе |  |
| СНИЛС (формат 01234567890) |  |
| Телефон (формат 89261234567) |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Дата рождения (формат дд.мм.гггг) |  |
| Индекс (формат 123456) |  |
| Адрес регистрации |  |
| Вид документа (удостоверение личности) |  |
| Серия документа |  |
| Номер документа |  |
| Дата выдачи документа (дд.мм.гггг) |  |
| Кем выдан документ |  |
| Тип документа об образовании |  |
| Уровень образования |  |
| Специальность по диплому |  |
| Серия документа об образовании |  |
| Номер документа об образовании |  |
| Дата выдачи документа об образовании (формат дд.мм.гггг) |  |
| Кем выдан документ об образовании |  |