

## В аккредитационную подкомиссию

ОТ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации с индексом)

\_\_\_\_\_  
(адрес фактического проживания с индексом)

\_\_\_\_\_  
(контактный номер телефона)

\_\_\_\_\_  
(личный адрес электронной почты (email))

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о допуске к аккредитации специалиста

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы высшего или среднего профессионального образования (нужное подчеркнуть) по специальности \_\_\_\_\_, что подтверждается \_\_\_\_\_

(в соответствии с номенклатурой) (реквизиты документа о квалификации (с приложениями) или 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 по специальности: \_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть)

(начиная с первого/второго/третьего этапа)

#### Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_;

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

2. Копия документа(ов) об образовании и (или) квалификации или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_;

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_;

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

4. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_

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

5. 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).

6. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 61 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. № 709н (при наличии) \_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»<sup>1</sup> 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 подкомиссии 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.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу (заполняется в случае невозможности получения указанной информации аккредитуемым лично):

\_\_\_\_\_ (почтовый адрес и (или) адрес электронной почты)

Подтверждаю, что документы, необходимые для прохождения аккредитации специалиста, в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или) доверенным лицом не подавались.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации 2006, №31, ст.3451; 2011, №31, ст.4701