|  |
| --- |
| Председателю аккредитационной подкомиссии |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  | от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Телефон8(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| адрес электронной почты |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_ |
| страховой номер индивидуального лицевого счета |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |  |  |  |  |  | Дата рождения |
|  |  |  |  |  |  | \_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_ г. |
| Адрес регистрации |
|  |  |  |  |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** |
| **о допуске к аккредитации специалиста** |
| № от 26.10.2020 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, что подтверждается дипломом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан: «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность по специальности на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры аккредитации специалиста начиная с первого этапа. |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Прилагаю копии следующих документов: |
| 1. Документа, удостоверяющего личность: Паспорт гражданина Российской Федерации, серия: \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_года,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Документа(ов) об образовании: диплом о высшем образовании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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" 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 П.П. Петрова 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. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |