|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Председателю аккредитационой подкомиссии | | | | | | |
| по специальности «Физическая и реабилитационная медицина»  Кузьмину И.В. | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | от  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Телефон  8(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 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. | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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