

В

ОБРАЗЕЦ

Председателю аккредитационной подкомиссии
Мельниковой Г.В.
(инициалы, фамилия)
 От Ивановой Марины Александровны
(Ф.И.О. полностью)
 Тел. 8 908 123 45 67
 адрес электронной почты IVANOVA98@MAIL
 страховой номер индивидуального
 лицевого счета 01234567890
01.02.1998, г.Владивосток Сибиревский
(дата рождения, адрес регистрации)

Заявление

о допуске к аккредитации специалиста

я, Иванова Марина Александровна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Информирую, что успешно завершил (а) освоение образовательной программы по специальности
(направлению подготовки) Медико-профилактическое дело,
 что, подтверждается дипломом СПО с 102344 №112605 от 26.06.2019г.

(реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании (с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)).
 Учитывая, что я намерен (а) осуществлять медицинскую деятельность по специальности Медико-профилактической
(медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с номенклатурой) на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения
процедуры аккредитации специалиста с первого этапа
(процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: ПАСПОРТ с 0305 №123456
(серия, номер,

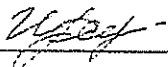
отделом УФМС России по Приморскому краю
сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Документа (ов) об образовании: диплом СПО с 102344
№112605 от 26.06.2019г.

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: 01234567890

4. Иных документов: 7

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» (12) в целях организации и проведения аккредитации специалистов согласно Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам аккредитационной комиссии под председательством Юн Ж.В. на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании результатах прохождения мной аккредитации специалиста, а именно согласно на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств авторизации 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.

 (подп

(Ф.И.О.) Иванова М.А.

« _____ » _____

ДАТУ НЕ СТАВИТЬ !