

В аккредитационную подкомиссию

от Петровой
Анны Ивановны
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

00 00 1970

(дата рождения)

012 345 678 90

(страховой номер индивидуального лицевого счёта застрахованного лица)

690000 г. Владивосток
ул. Советская 10-10

(адрес регистрации с индексом)

690000 г. Артём
ул. Кирова 1-2

(адрес фактического места проживания с индексом)

+7 924 000 00 00

(контактный номер телефона)

abcd@mail.ru

(личный адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

я, Петрова Анна Ивановна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы высшего или среднего профессионального образования (нужное подчеркнуть) по специальности (направлению подготовки), что подтверждается дипломом о профессиональной переподготовке
(реквизиты документа 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 (должности):
(нужное подчеркнуть)

операционное дело
(начиная с первого/второго/третьего этапа)

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность:
паспорт 0205 123456, отдел УФМС России по Приморскому краю 12.12.2012
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Копии документов об образовании и о квалификации, или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии:
диплом СПО
(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» 2 в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, и в течение неограниченного срока после прохождения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации, членам аккредитационной комиссии (аккредитационной подкомиссии), Методическому центру аккредитации специалистов, Федеральным аккредитационным центрам 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, в том числе третьим лицам (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу электронной почты: abcd@mail.ru

(адрес электронной почты)

Подтверждаю, что документы в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или) моим представителем не подавались

А. И. Петрова
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Петрова
(подпись)

« _____ » _____ 20 ____ г