|  |  |
| --- | --- |
|  | В центральную аккредитационную комиссию/ аккредитационную комиссию субъекта Российской Федерации(нужное подчеркнуть) |
|  | от |  |
|  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
|  |  |
| (дата рождения) |
|  |  |
| (адрес регистрации) |
|  |
|  | (контактный номер телефона) |

|  |
| --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ****о допуске к аккредитации специалиста** |

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  |  (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| информирую, что успешно завершил(а) освоение программ повышения квалификации, что подтверждается прилагаемыми копиями документов и портфолио.Прошу допустить меня до прохождения процедуры периодической аккредитации специалиста по специальности: . |
| Приложение: |
| 1. [Портфолио](#P288) на л.; |
| 2. Копия документа, удостоверяющего личность: |  |
|  | (серия, номер, |
|  | ; |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) |  |
|  3. Копия сертификата специалиста (при наличии) или свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии):   (серия, номер, |
|  |  |
| сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена/аккредитации специалиста) |  |
|  |
|   4. Копии документов о высшем образовании и о квалификации или о среднем профессиональном образовании, или выписка из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии  (серия, номер, |
|  | ; |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |  |
|  5. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период:***,***  |
|  (серия, номер, |
|  |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |  |
| 6. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица: |
|  | ; |
| 7. 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). |
| 8. Копии иных документов (при наличии):  |
| В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»[[1]](#endnote-1) в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) 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 (адресам):  (адрес электронной почты)или сообщить по номеру телефона: . (контактный номер телефона) |
|   |  |   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |
| *«* г. |  |  |

1. Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2021, N 1, ст. 58. [↑](#endnote-ref-1)