

В аккредитационную подкомиссию

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

□□ □□ □□□□

(дата рождения)

□□□□ □□□□ □□□□ □□

(номер СНИЛС)

□□□□□□□□

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации с индексом)

□□□□□□□□

(адрес фактического проживания с индексом)

+ □□ □□□□ □□□□ □□ □□

(контактный номер телефона)

\_\_\_\_\_ (личный адрес электронной почты)

### ЗАЯВЛЕНИЕ о допуске к аккредитации специалиста

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

информирую, что успешно завершил (а) освоение образовательной программы среднего профессионального образования по специальности \_\_\_\_\_

(наименование специальности)

что подтверждается \_\_\_\_\_

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

Прошу допустить меня до прохождения **первичной специализированной** аккредитации по специальности \_\_\_\_\_

(наименование специальности)

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Копия документа об образовании \_\_\_\_\_

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

3. Копия документа о дополнительном профессиональном образовании \_\_\_\_\_

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

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 (при наличии). \_\_\_\_\_

6. Копии иных документов (при наличии): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (копия документа, подтверждающего факт изменения фамилии, имени, отчества)

---

(копия документа, подтверждающего отношение к военной службе)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» 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), 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.

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

---

(фамилия, имя, отчество)

---

(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.