

Председателю аккредитационной подкомиссии

не заполнять

(инициалы, фамилия)

от Иванова Ивана Ивановича

(Ф.И.О. полностью)

тел. 8(111)111-11-11

адрес электронной

почты example@example.ru

страховой номер индивидуального лицевого
счета 111-222-333-44

01.01.1990, г. Москва, ул. Бронная, д.3,

(дата рождения, адрес регистрации, почтовый индекс)

кв. 1, 129345

ЗАЯВЛЕНИЕ

О допуске к аккредитации специалиста

Я, Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя отчество (при наличии))

Информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности (направлению подготовки)¹ неврология, что подтверждается дипломом специалиста № 123456 123456 с приложением от 01.02.2017 г, диплом об окончании ординатуры № 123 456 123456 от

(реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании

23.06.2019 г.

(с приложениями) или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность в должности врача-невролога

(медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с номенклатурой)

на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры аккредитации специалиста, начиная с 1 этапа

(процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго/третьего этапа)

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. №1061 «об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2013 г., регистрационный №30163); перечень специальностей среднего профессионального образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 29 октября 2013 г. №1199 «Об утверждении перечней профессий и специальностей среднего профессионального образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 декабря 2013 г., регистрационный №30861), с изменениями, внесенными приказами Министерства образования и науки Российской Федерации от 14 мая 2014 г. №518 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 мая 2014 г., регистрационный №32461) и от 18 ноября 2015 г. №1350 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 декабря 2015 г., регистрационный №39955).

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность паспорт 1111 123456

(серия, номер,

выдан отделом УФМС России по г. Москве в СВАО, 01.01.2005

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Документа(ов) об образовании: диплом специалиста № 123456789123 с
приложением от 01.01.2017, диплом об окончании ординатуры №123456 от
23.06.19

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: 123-456-789-11

4. Иных документов: свидетельство об аккредитации специалиста
(заполняется при наличии)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июня 2006 г №152-ФЗ «О персональных данных»¹ в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам аккредитационной подкомиссии под председательством не заполнять 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.

Иванов Иван Иванович

(Ф.И.О.)



(Подпись)

« 01 » февраля 20 21 г.