

Председателю аккредитационной подкомиссии

от

тел. _____

адрес электронной

почты _____

страховой номер индивидуального

лицевого _____ счета

(дата рождения, адрес регистрации, почтовый индекс)

**Заявление
о допуске к аккредитации специалиста**

Я, _____
информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности _____, что подтверждается **дипломом СПО** _____ и **приложением к диплому** _____, **выданным в** _____ **году**

Диплом о профессиональной переподготовке _____
выданный в _____ **году**

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять **медицинскую деятельность по специальности** _____ **в должности** _____ на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры аккредитации специалиста, начиная с первого этапа.

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: **паспорт** _____, **выдан** _____

2. Документа(ов) об образовании: **диплом СПО** _____

3. **Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования СНИЛС** : _____

4. Иных документов: **диплом о профессиональной переподготовке** _____;

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, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам **аккредитационной подкомиссии** под председательством

Л.Н. Насекиной 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.

_____ 2021г

ФИО

(подпись)