

Приложение 2
Председателю аккредитационной комиссии

_____ (инициалы, фамилия)

от _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

тел. _____

адрес электронной

почты _____

страховой номер индивидуального лицевого
счета _____

_____ (дата рождения, адрес регистрации, почтовый индекс)

ЗАЯВЛЕНИЕ

О допуске к аккредитации специалиста

Я, _____

_____ (фамилия, имя отчество (при наличии))

Информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности (направлению подготовки)¹ _____, что подтверждается _____

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

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

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять _____

_____ (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 первого/второго/третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

¹ 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).

1. Документа, удостоверяющего личность _____
(серия, номер,

_____ ;
сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Документа(ов) об образовании: _____ ;

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: _____ ;

4. Иных документов: _____ ;

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июня 2006 г №152-ФЗ «О персональных данных»² 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 _____ 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.

(Ф.И.О.)

(Подпись)

« _____ » _____ 20__ г.

² Собрание законодательства Российской Федерации 2006, №31, ст. 3451; 2011, №31, ст. 4701