

В аккредитационную комиссию
Краснодарского края
от Иванова Ивана Ивановича
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

0 1 1 0 1 9 9 9

(дата рождения)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9

(страховой номер индивидуального
лицевого счета застрахованного лица)

3 5 0 0 0 0 г.Краснодар, ул. Ким, д.1, кв.1

(адрес регистрации с индексом)

тот же

(адрес фактического проживания
с индексом)

+ 7 9 1 8 1 2 3 0 0 0 0

(контактный номер телефона)

ivanovii@mail.ru

(личный адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я, **Иванов Иван Иванович**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы высшего профессионального образования по специальности «Эндоскопия», что подтверждается **дипломом о профессиональной переподготовке (номер 012345 серия 987655)**.

(реквизиты документа о высшем образовании и (или) о квалификации (с приложениями), или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации по специальности (должности): **Эндоскопия, начиная с первого этапа**

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: **паспорт номер 0123 серия 456789, выдан 01.01.2017г. ГУ МВД РФ;**

2. Копии документов об образовании и (или) о квалификации или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: **дипломом специалиста (номер 012345 серия 987655), диплом об окончании ординатуры (номер 987654 серия 234561), диплом о профессиональной переподготовке (номер 111111 серия 223344);**

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)
3. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 61 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. N 709н (при наличии): **СНИЛС 012-345-678 99, военный билет.**

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" <2> 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), Методическому центру аккредитации специалистов, Федеральным аккредитационным центрам 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.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу электронной почты: ivanovii@mail.ru.
(адрес электронной почты)

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

Иванов Иван Иванович
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Иванов
(подпись)

"11" 05 2014 г.