

Председателю аккредитационной комиссии

Д.А. Любченко

(инициалы, фамилия)

от

Иванова Иван Иванович

(Ф.И.О. полностью)

тел. +7 911 111 11 11

адрес

электронной почты ivanov1@mail.ru

страховой номер индивидуального
лицевого счета 123 456 543 21

01.01.1991 г. Краснодар, ул. Ким, 1
(дата рождения, адрес регистрации) кв. 1.

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> (специальность аккредитации)
что подтверждается дипломом о профессиональном

переподготовке (ПП) или об окончании ординатуры
(реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации
№ 1234566543210

(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 деятельность
в должности врача (специальность по диплому)

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

на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения
первичной специализированной аккредитации

(процедуры аккредитации специалиста

начиная с первого/второго/третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: паспорт 0102 123456

(серия, номер,

выдан 01.09.2009 ГУ МВД России

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Документа(ов) об образовании: диплом специалиста

диплом об окончании ординатуры (или) 0107 (N)

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования:

12345654321

4. Иных документов:

документ подтверждающий
смену фамилии, имени, отчества
(при наличии)

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, даю согласие Министерству здравоохранения
Российской Федерации и членам аккредитационной комиссии под
председательством Д.А. Любченко 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 И.И.

(Ф.И.О.)

Иванов -

(подпись)

"11" августа 2011 г.