В центральную аккредитационную комиссию/аккредитационную комиссию

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата рождения)

(адрес регистрации)

(контактный номер телефона)

Заявление о допуске к периодической аккредитации специалиста

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение программ повышения квалификации, что подтверждается прилагаемыми копиями документов и портфолио.

Прошу допустить меня до прохождения процедуры периодической аккредитации специалиста по специальности: _____.

Приложение:

1. Портфолио на ___ л.;

2. Копия документа, _____
удостоверяющего личность: _____

_____ ;
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

3. Копия сертификата _____
специалиста (при наличии): _____ ;

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена)

4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:

_____ ;
5. Копии документов о _____
образовании и о квалификации: _____

_____ ;
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования - профессиональной переподготовки (при наличии):

_____ ;
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

7. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период:

_____ ;
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

8. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии):

_____ ;
(специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии))

9. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством Российской Федерации о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии).

_____ .
_____ .
10. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 55 Положения об аккредитации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 ноября 2021 г. N 1081н (при наличии):

_____ .
_____ .
В соответствии со [статьей 9](#) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" <1> в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации, членам центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) и 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 (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу электронной почты: _____

(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона: _____ .

(контактный номер телефона)

_____ .
_____ .
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

«__» _____ 20__ г.