

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 квалификации:

(серия, номер,

сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или присвоение квалификации по специальности 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, свидетельстве об аккредитации 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 служб

10. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 11 особенностей проведения аккредитации специалистов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 марта 2022 г. 1081н (при наличии):

;

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 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 центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) 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 (адресам): _____

(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона: _____

(контактный номер телефона)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

« » _____

