

В аккредитационную комиссию/
аккредитационную подкомиссию
от Иванова Ивана Ивановича

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

27 03 1980

(дата рождения)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0

(страховой номер индивидуального лицевого счёта застрахованного лица)

1 4 1 1 1 1 г. Москва, ул. Мира, дом 1, квартира 1

(адрес регистрации с индексом)

1 4 1 1 1 1 г. Москва, ул. Мира, дом 1, квартира 1

(адрес фактического места проживания с индексом)

8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

(контактный номер телефона)

123@mail.ru

(личный адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к периодической аккредитации специалиста

Я, Иванов Иван Иванович

(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 Терапия.

Сообщаю следующие сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии):

_____ ;
(специальность, сведения о месте проведения аккредитации, номер и дата протокола аккредитационной комиссии (при наличии))

Приложение:

1. Портфолио на

1	0	
---	---	--

 л.;
2. Копия документа, удостоверяющего личность: Паспорт 1234 567890 28 марта 2006 года, ОУФМС России по Омской области

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

2. Копия сертификата специалиста (при наличии): Сертификат специалиста №0177241283415, рег. номер 1452;

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

4. Копии документов об образовании и о квалификации: Диплом ПВ №460774 20 июля 2012 года Омский государственный медицинский университет, диплом об окончании ординатуры номер 123456 789123 регистрационный номер 001 04 июля 2016 г

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

5. Копии документов о квалификации, подтверждающих присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования — профессиональной переподготовки (при наличии): _____

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

6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение квалификации за отчетный период: **Удостоверение № 0155241083431 рег. номер №1421 Б, от 31 июля 2019 года, Омский государственный медицинский университет**

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

7. 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).

8. Копия выписки из акта органа государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию, о присвоении специалисту, прошедшему аттестацию, квалификационной категории (присвоенной в текущем году или году, предшествующему году подачи документов для прохождения периодической аккредитации) **№7Р от 9 января 2019 г. Центральной аттестационной комиссии**

(номер и дата акта о присвоении квалификационной категории, наименование аттестационной комиссии)

9. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 89 или пунктом 90 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. № 709н (при наличии): **Свидетельство о браке /расторжении брака/перемене имени от 01 января 2021 г**

При заполнении пункта 8 заявления о допуске к периодической аккредитации специалиста (далее - заявление), пункты 3, 4, 5 и 7 заявления и сведения о прохождении аккредитации специалиста не заполняются.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»¹ 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 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, в том числе третьим лицам (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

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

(подпись)

« 09 » __ января __ 2023 _ г

