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.