

## Рекомендуемый образец

В центральную аккредитационную комиссию /  
аккредитационную комиссию субъекта  
Российской Федерации

(нужное подчеркнуть)

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации)

\_\_\_\_\_  
(контактный номер телефона)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о допуске к 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) или свидетельства об аккредитации специалиста (нужное подчеркнуть)

(при наличии): \_\_\_\_\_  
(серия, номер, \_\_\_\_\_);

\_\_\_\_\_ (сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена / аккредитации специалиста)

4. Копии документов о высшем образовании и о квалификации или о среднем профессиональном образовании, или выписка из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, \_\_\_\_\_);

\_\_\_\_\_ (сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

5. 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)

6. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица: \_\_\_\_\_;

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. Копии иных документов (при наличии): \_\_\_\_\_.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г.

№ 152-ФЗ "О персональных данных" <sup>1</sup> 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)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.