

ОБРАЗЕЦ
заполнения
для первичной специализированной аккредитации
(на основании диплома профпереподготовки
Внимание: данные и реквизиты заполняем СВОИ!

Приложение N 3
к Положению об аккредитации
специалистов, утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 28 октября 2022 г. N 709н

В аккредитационную подкомиссию
от Ивановой Ирины Ивановны
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 0 | 3 | 1 | 9 | 8 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

(дата рождения)

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 5 | 9 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 0 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

(страховой номер индивидуального
лицевого счета застрахованного лица)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 5 | 8 | 3 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|

 Алтайский край, г.Барнаул
ул. Пионеров д.3.кв.30

(адрес регистрации с индексом)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

 совпадает с регистрацией

(адрес фактического проживания
с индексом)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| + | 7 | 9 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

(контактный номер телефона)

fyudre@mail.ru

(личный адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я, Иванова Ирина Ивановна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы
высшего или среднего профессионального образования (нужное подчеркнуть) по
специальности (направлению подготовки) <1>, что подтверждается дипломом
(реквизиты документа о высшем образовании и (или) о квалификации
профпереподготовки 666611 56788 выдан 20.11.2023 года

(с приложениями) или о среднем профессиональном образовании, (с приложениями или иного
документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации/первичной
специализированной аккредитации по специальности (должности):

(нужное подчеркнуть)

Анестезиология и реаниматология

(начиная с первого/второго/третьего этапа)

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: ПАСПОРТ 0111 235234
Выдан 12.02.2003 ГУ МВД России по Алтайскому краю;

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

2. Копии документов об образовании и (или) о квалификации или выписки
из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: диплом 112212 0447422 выдан 29.06.2023 года КГБПОУ ББМК по специальности
«Сестринское дело»;

диплом профпереподготовки 666611 56788 выдан 20.11.2023 года ЧОУ
«Гарант» по специальности «Анестезиология и реаниматология»;

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

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

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

4. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): _____

нет

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

5. 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).

нет

6. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 61 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. N 709н (при наличии): Свидетельство о браке ИТО-23456 от 23.12.2020 выдан ЗАГС г.Барнаула.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" <2> 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 аккредитационной комиссии (аккредитационной подкомиссии), Методическому центру аккредитации специалистов, 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.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу электронной почты: fyudre@mail.ru.
(адрес электронной почты)

Y

Подтверждаю, что документы в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или) моим представителем не подавались.

Иванова Ирина Ивановна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

"30" января 2024 г.