

В центральную аккредитационную комиссию/  
аккредитационную комиссию субъекта Российской  
Федерации  
(нужное подчеркнуть)

от **ИВАНОВА**

**ИВАНА ИВАНОВИЧА**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**27 марта 1980 ГОДА**

(дата рождения)

**г. Клин, улица Мира, дом 15, квартира 77**

(адрес регистрации)

**+7(903)123-45-67**

(контактный номер телефона)

### **ЗАЯВЛЕНИЕ о допуске к 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**.

Приложение:

1. Портфолио на **3** л.;

2. Копия документа, удостоверяющего личность: **Паспорт 12 34 567890**

(серия, номер,

**28 марта 2006 года, ОУФМС России по Омской области** ;

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии) или свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии): **Сертификат специалиста №0177241283415, рег.номер № 1452;**

(серия, номер,

**от 31 июля 2015 года, Омский государственный медицинский университет.**

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: Диплом ПВ № 460774,

(серия, номер,

20 июля 2012 года, Омский государственный медицинский университет ;

сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

5. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период: Удостоверение № 0155241083431,

(серия, номер,

рег. номер № 1421 Б, от 31 июля 2019 года, Омский государственный медицинский университет

сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

6. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:

123-456-789 77 ;

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): Удостоверение № 22 о присвоении высшей квалификационной категории врача терапевта

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): ivanov@mail.ru

(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона: +7(903)123-45-67 .

(контактный номер телефона)

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

« 1 » августа 20 21 г.

\* Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2021, N 1, ст. 58.