

В аккредитационную подкомиссию

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

дата рождения \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

адрес регистрации с индексом \_\_\_\_\_

адрес фактического проживания с индексом  
(если отличается от регистрации) \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

личный адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Заявление  
о допуске к аккредитации специалиста**

Я, \_\_\_\_\_,

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы высшего или среднего профессионального образования (*нужное подчеркнуть*) по специальности / направлению подготовки, что подтверждается \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа о высшем образовании и (или) квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании)

\_\_\_\_\_  
Прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации / первичной специализированной аккредитации (*нужное подчеркнуть*) по специальности: \_\_\_\_\_

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем органе)

2. Копии документов об образовании и (или) о квалификации или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшей организации)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;  
(серия, номер, сведения о дате выдачи и месте проведения сертификационного экзамена)

4. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;  
(специальность, сведения о дате и месте прохождения аккредитации, номер свидетельства об аккредитации при наличии)

5. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности, подтверждающие наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством РФ о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии).

6. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 61 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2022 г. №709н (при наличии): \_\_\_\_\_  
(при смене фамилии, имени, отчества)  
\_\_\_\_\_.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» 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: \_\_\_\_\_  
(адрес электронной почты)

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

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество при наличии)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.