

Председателю аккредитационной комиссии
С.Г. Чечеминой

(инициалы, фамилия)

от _____

(Ф.И.О. полностью)

мобильный тел. _____

адрес электронной почты _____

(печатными буквами, разборчиво)

(дата рождения)

(индекс, адрес регистрации по паспорту)

ЗАЯВЛЕНИЕ о допуске к аккредитации специалиста

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по
специальности _____,

что подтверждается дипломом о среднем профессиональном образовании)

(реквизиты диплома о среднем профессиональном образовании: серия, номер, дата выдачи, кем)

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность по специальности

на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры
первичной аккредитации

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: _____

2. Документа об образовании: _____

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (номер):

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 аккредитационной комиссии под председательством Чечеминой С.Г. 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.

(Ф. И. О.)

(подпись)

" ____ " _____ 20__ г.