|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Председателю аккредитационной подкомиссии | | | |
| *не заполняем (оставляем эту строку пустой)* | | | |
| (инициалы, фамилия) | | | |
| от | **Ивановой Анастасии Константиновны** | | |
| (Ф.И.О. полностью) | | | |
| тел. | **80000000000** | | |
| адрес электронной почты | | [**inform.@yandex.ru**](mailto:inform.tsenter2016@yandex.ru) | |
| страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) | | | |
|  | | | **№ 00000000000** |
|  | | | **ХХ.ХХ.ХХХХ** |
|  | | | (дата рождения) |
| **693006, г. Южно-Сахалинск, ул. Пограничная, д.245, кв.88** | | | |
| (адрес регистрации) | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о допуске к аккредитации специалиста**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | *Оставляем пустой* | **от** | **«** |  | **»** | **июня** | **2021 г.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | **Иванова Анастасия Константиновна** | | | | | | информирую, что успешно завершил(а) | | |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | | | |  | | |
| освоение образовательной программы по специальности (направлению подготовки) | | | | | | | | | **Лечебное дело** |
| что подтверждается | | **Диплом СПО, серия , выдан « » 20 г.** | | | | | | | |
| (реквизиты документа о среднем профессиональном образовании (с приложениями) | | | | | | | |
| Учитывая, что я намерен(а) осуществлять | | | | | **Медицинскую деятельность** | | | | |
| **по специальности «Лечебное дело» в должности** медицинская сестра/медицинский брат/фельдшер | | | | | | | | | |
| (медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с номенклатурой) | | | | | | | | | |
| на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры первичной аккредитации специалиста, начиная с первого этапа. | | | | | | | | | |
| Прилагаю копии следующих документов: | | | | | | | | | |
| 1. Документа, удостоверяющего личность: | | | | **Паспорт гражданина РФ, серия 0000, № 000000** | | | | | |
|  | | | | | | (серия, номер, | | | |
| **выдан ХХ.ХХ.ХХХХ г. ТП УФМС России по Сахалинской области в гор. Южно-Сахалинске** | | | | | | | | | |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) | | | | | | | | | |
| 2. Документа(ов) об образовании | | |  | | | | | | |
| 3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования | | | | | | | |  | |

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 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 подкомиссии под председательством ***\_\_\_оставляем эту строку пустой\_*** 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Иванова А.К.** | Иванова Анастасия Константиновна |  |
| (Ф.И.О.) |  | (подпись) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | **»** | **июня** | **20** | **21** | г. |