|  |
| --- |
| 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** |
| 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. |