

## В аккредитационную подкомиссию

от

**Ивановой Татьяны Ивановны**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**01.01.1983**

(дата рождения)

**123-456-789 01**

(страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица)

**460000, г.Оренбург, ул.Советская, д.6**

(адрес регистрации с индексом)

**460000, г.Оренбург, ул.Советская, д.6**

(адрес фактического проживания с индексом)

**89011111111**

(контактный номер телефона)

**ivanova@mail.ru**

(личный адрес электронной почты)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### о допуске к аккредитации специалиста

Я, **Иванова Татьяна Ивановна**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил (а) освоение образовательной программы высшего или среднего профессионального образования (нужное подчеркнуть) по специальности (направлению подготовки), что подтверждается \_\_\_\_\_ **диплом по специальности «Лечебное дело» («Педиатрия», «Стоматология», «Медико-профилактическое дело»)**

(реквизиты документа о высшем образовании и (или) о квалификации (с приложениями))

**ВСГ 111111 от 27.06.2007**

или о среднем профессиональном образовании (с приложениями) или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

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

**Ультразвуковая диагностика**

(начиная с первого / второго / третьего этапа)

Приложение:

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

**паспорт 5300 №111111, 01.01.2017г., УФМС России и т.д....** \_\_\_\_\_;

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Копии документов об образовании и (или) о квалификации, или выписка из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии:

**Диплом (удостоверение)(серия, номер от какого числа) о прохождении ординатуры (интернатуры) по спец-ти «\_\_\_\_\_» ФГБОУ ВО «ОрГМУ» МЗ РФ** \_\_\_\_\_;

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

3. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования – профессиональной переподготовки (для первичной специализированной аккредитации):

**Диплом о проф. переподготовке «Ультразвуковая диагностика» №1111111111 от 26.06.2020г. ФГБОУ ВО «ОрГМУ» МЗ РФ** \_\_\_\_\_

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

4. Копия сертификата специалиста (при наличии): наличии):\_сертиф-т по специальности « \_\_\_\_\_ » №1111111111 от 06.11.2018г ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ \_\_\_\_\_;

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и места проведения сертификационного экзамена)

5. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_;

(специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, номер свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии))

6. 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 или иной приравненной к ней службе (при наличии).

7. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 61 Положения об аккредитации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. №709н (при наличии): \_\_\_\_\_

Свидет-во о заключении брака и смены фамилии сер.111 №111111 от 01.01.2017г. \_\_\_\_\_.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 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, членам центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) и 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 (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу электронной почты: \_\_\_\_\_ ivanova@mail.ru \_\_\_\_\_  
(адрес электронной почты)

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

Иванова Татьяна Ивановна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года