|  |  |
| --- | --- |
|  | В центральную аккредитационную комиссию/ аккредитационную комиссию  |
|  | от |  |
|  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
|  |  |
| (дата рождения) |
|  |  |
| (адрес регистрации) |
|  |
|  | (контактный номер телефона) |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ****о допуске к периодической аккредитации специалиста** |

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  |  (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| информирую, что успешно завершил(а) освоение программ повышения квалификации, что подтверждается прилагаемыми копиями документов и портфолио.Прошу допустить меня до прохождения процедуры периодической аккредитации специалиста по специальности: . |
| Приложение: |
| 1. [Портфолио](#P288) на л.; |
| 2. Копия документа, удостоверяющего личность: |  |
|  | (серия, номер, |
|  | ; |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) |  |
|  3. Копия сертификата специалиста (при наличии):   (серия, номер, |
|  |  |
| сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена/ |  |
| 4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица: |  |
|  |  |
| 5. Копии документов о образовании и квалификации: |  |
|  (серия, номер, |
|  |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |  |
| 6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или присвоение квалификации по специальности по результатам дополнительного профессионального образования – профессиональной переподготовки (при наличии): |
|  | ; |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |  |
| 7. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период: |  |
|  | ; |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |  |
| 8.Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): |  |
|  | ; |
| (специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, свидетельстве об аккредитации при наличии) |  |
| 9. Копия трудовой книжки или сведение о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством Российской Федерации о военной и иной приравненной к ней служб |  |
| 10. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 11 особенностей проведения аккредитации специалистов, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 января 2022 г. №20н (при наличии):  |
|  | ; |
| В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»[[1]](#endnote-1) в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) 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 (адресам):  (адрес электронной почты)или сообщить по номеру телефона: . (контактный номер телефона) |
|   |  |   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |
| «­­­­­­­­­­­ » |  |  |

1. [↑](#endnote-ref-1)