

Председателю аккредитационной подкомиссии  
Ю.А.Фроловой

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

тел. \_\_\_\_\_

адрес электронной почты \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

(дата рождения, адрес регистрации)

## ЗАЯВЛЕНИЕ о допуске к аккредитации специалиста

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по  
специальности \_\_\_\_\_ (направлению \_\_\_\_\_ подготовки)\*

\_\_\_\_\_ ,  
что подтверждается \_\_\_\_\_

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

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

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять \_\_\_\_\_

(медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с номенклатурой)  
на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения

(процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго/третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Документа(ов) об образовании: \_\_\_\_\_ ;

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: \_\_\_\_\_ ;

4. Иных документов: \_\_\_\_\_

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 подкомиссии под председательством Фроловой Юлии Александровны 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.