

В центральную аккредитационную комиссию/  
аккредитационную комиссию

от Иванова

Ивана Ивановича

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

27 марта 1980 года

(дата рождения)

г. Москва, ул. Мира, дом 1, квартира 1

(адрес регистрации)

+7 (903) 123-45-67

(контактный номер телефона)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о допуске к периодической аккредитации специалиста**

Я, Иванов Иван Иванович

(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: Терапия

Приложение:

1. Портфолио на 3 л.;

2. Копия документа, удостоверяющего личность: Паспорт 1234 567890

(серия, номер,

28 марта 2006 года, ОУФМС России по Омской области ;

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии): Сертификат специалиста №0177241283415, рег. номер 1452

(серия, номер,

от 31 июля 2015 года Омский государственный медицинский университет

сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена/

4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:

123-456-789 00

5. Копии документов о образовании и квалификации: Диплом ПВ №460774 20 июля 2012 года Омский государственный медицинский университет, диплом об окончании ординатуры номер 123456 789123 регистрационный номер 001 04 июля 2016 г

(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: **Удостоверение № 0155241083431**

**рег. номер №1421 Б, от 31 июля 2019 года, Омский государственный медицинский университет** ;

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

8. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии):

**Лечебное дело, 01.07.2017 года, Омский государственный медицинский университет** ;

(специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, свидетельстве об аккредитации при наличии)

9. 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 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):

**Свидетельство о браке /расторжении брака/перемене имени от 01 января 2021 г.** ;

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 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): \_\_\_\_\_

ivanov@mail.ru

(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона: \_\_\_\_\_

+7 (903)123-456-78 90

(контактный номер телефона)

Иванов Иван Иванович

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_

(подпись)

« 1 » августа 2021 г.

---