|  |
| --- |
| В аккредитационную подкомиссию  от\_\_\_*Ивановой Светланы Петровны*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения \_\_\_\_*12.02.1981*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации\_\_*г.Новочебоксарск, ул.Советская,* *д.4, кв.14*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес фактического проживания\_\_ *г.Новочебоксарск, ул.Советская,* *д.4, кв.14*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел\_\_*89875561144*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

|  |  |
| --- | --- |
| Я, | *Иванова Светлана Петровна* |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы среднего профессионального образования по специальности (направлению подготовки), что подтверждается\_\_*диплом о среднем профессиональном образовании \_АНПОО* \_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *«Академия технологии и управления» по специальности Фармация / Сестринское дело* |
| (реквизиты документа 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)

|  |
| --- |
| *с первого этапа* |
| (начиная с первого/второго/третьего этапа) |

Приложение:

|  |
| --- |
| 1. Копия документа, удостоверяющего личность:  *Паспорт серии 9797 № 466555, выданного 09.07.2020 МВД по ЧР* |
|  |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) |
| 2. Копии документов об образовании и о квалификации, или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии:  *диплом серии 112124 № 3808828 от 30.06.2020 АНПОО «Академия технологии и управления»* |
| *или  выписка из протокола ГЭК № 1 от 20.05.2020* |
| (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): |
|  |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |
| 4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии): |
| 202-201-332 21 |
| 5. Копия сертификата специалиста (при наличии): |
|  |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена) |
| 6. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): |
|  |
|  |
| (специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, номер свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии)) |

7. 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 службе (при наличии).

8. Копии иных документов, предусмотренных пунктами 46 и 47 Положения об аккредитации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 ноября 2021 г. N 1081н (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В соответствии со [статьей 9](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=395751#l49) 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, 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: *456784@mail.ru* | |
| (адрес электронной почты)  или сообщить по номеру телефона: *89875561144* | . |
|  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Иванова Светлана Петровна |  |  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |  | (подпись) |

"\_*21*\_\_" \_\_\_*05*\_\_\_\_ 20\_*22\_* г.