

образец

В аккредитационную подкомиссию
от Макашова Макашера Макашеровича
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
00.00.22
(дата рождения)
1. Макашова пр. Шашиль 44
(адрес регистрации)
2. Макашова пр. Шашиль 44
(адрес фактического проживания)
8(9--)-000-00-00
(контактный номер телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ

я, Макашев Макашер Макашерович
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы высшего или среднего профессионального образования (нужное подчеркнуть) по специальности (направлению подготовки) <1>, что подтверждается дипломом о высшем образовании (реквизиты документа о высшем образовании и (или) о квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании, 100 500 000 500 (с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

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

специальность

(нужное подчеркнуть)
(начиная с первого/второго/третьего этапа)

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: 82 15 000 000
МВД по РД 00.00.2022;

(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: 100 500 000 500 00.00.2022 (организации);

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)
3. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии): 100-100-100-00;

4. 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).

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" <2> 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: E-mail

(адрес электронной почты)
или сообщить по номеру телефона: 8(9--)-000-00-00
(контактный номер телефона)

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

Макашев М.М.
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

[подпись]
(подпись)

"00" 00 2022 г.