

Специальность \_\_\_\_\_

Председателю аккредитационной подкомиссии  
по специальности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

тел. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата рождения, адрес регистрации)

## Заявление.

о допуске к повторному прохождению этапа аккредитации специалиста

Прошу допустить меня к повторному прохождению \_\_\_\_\_  
(первого, второго, третьего)

этапа аккредитации специалиста в связи с результатом прохождения \_\_\_\_\_  
(первого, второго, третьего)

этапа аккредитации специалиста как «не сдано».

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №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 \_\_\_\_\_ 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.