

55 43 44 4^

цВ центральную аккредитационную комиссию / аккредитационную комиссию

от Рожжиной Натальи Леонидовны

~3 ^

Ццц

44 у ^и 5 2

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

41	2	1	2	1	9	6	8
----	---	---	---	---	---	---	---

(дата рождения)

0	6	1	1	0	4	0	7	8	9	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица)

1	5	3	0	4	8
---	---	---	---	---	---

 г. Иваново, Микрорайон 30-й, д.14 к

(адрес регистрации с индексом)

1	5	3	0	4	8
---	---	---	---	---	---

 г. , Иваново, Микрорайон 30-й, д. 14 к

(адрес фактического проживания с индексом)

+	7	9	1	0	6	8	9	0	1	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(контактный номер телефона)

rozzinanatala27@gmail.com

(личный адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к периодической аккредитации специалиста

Я, Рожжина Наталья Леонидовна

(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: фельдшер-лаборант.

Сообщаю следующие сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): _____;

(специальность, сведения о месте проведения аккредитации, номер и дата протокола аккредитационной комиссии (при наличии))

Приложение:

1. Портфолио на

0	0	4
---	---	---

 л.;

2. Копия документа, удостоверяющего личность: паспорт 2413 700674, выдан 26.12.2013
ОУФМС России по Ивановской области в Ленинском р-не г. Иваново _____;

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии): №0123456789098, рег. номер №1324;
от 05.02.2018, Общество с ограниченной ответственностью Фармацевтический центр
“Знание”

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена)

4. Копии документов о образовании и о квалификации: Диплом АТ №12345
рег. номер № 1234 Б, от 17 июля 2001 года, Курский государственный медицинский
университет федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию;
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

5. Копии документов о квалификации, подтверждающих присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования – профессиональной переподготовки (при наличии): _____;

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

6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение квалификации за отчетный период: Удостоверение №1234567890987, рег. номер №1324 Б, от 4.08.2018, Общество с ограниченной ответственностью фармацевтический центр "Знание" _____;

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

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. Копия выписки из акта органа государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию, о присвоении специалисту, прошедшему аттестацию, квалификационной категории (присвоенной в текущем году или году, предшествующему году подачи документов для прохождения периодической аккредитации) _____;

(номер и дата акта о присвоении квалификационной категории, наименование аттестационной комиссии)

9. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 89 или пунктом 90 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. №709н (при наличии): _____.

При заполнении пункта 8 заявления о допуске к периодической аккредитации специалиста (далее – заявление), пункты 3, 4, 5 и 7 заявления и сведения о прохождении аккредитации специалиста не заполняются.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»¹ в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, и в течение неограниченного срока после прохождения 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, в том числе третьим лицам (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Рожжина Наталья Леонидовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

« 17 » декабря 2025 г.

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451; 2022, № 29, ст. 5233.

Кому	Наталья  Человек  Человек  Человек
Копия	 Человек
Скрытая копия	 Человек
Тема	