

В центральную аккредитационную комиссию /
аккредитационную комиссию субъекта
Российской Федерации
(нужное подчеркнуть)
от Ивановой Елены Петровны
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
27.08.1979
(дата рождения)
г. Новосибирск, ул. Кубовая, д. 24 кв. 108
(адрес регистрации)
89530000000
(контактный номер телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ о допуске к аккредитации специалиста

Я, Иванова Елена Петровна

(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 4 л.;

2. Копия документа, удостоверяющего личность: паспорт 1234 123456

(серия, номер,

29.08.2019 ОУФМС по Новосибирской области

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии) или свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии): Сертификат специалиста №0123456789098, рег. номер №1324;

(серия, номер,

от 05.12.2016, Новосибирский государственный медицинский университет

сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена / аккредитации специалиста)

4. Копии документов о высшем образовании и о квалификации или о среднем профессиональном образовании, или выписка из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: Диплом ТВ №12345

(серия, номер,

рег. номер № 1234 Б, от 17 июля 2011 года, Новосибирский государственный медицинский университет

сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

5. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период:

1. Удостоверение №1234567890987, рег. номер №1324 Б,

(серия, номер,

от 4.08.2018, Общество с ограниченной ответственностью фармацевтический центр "Знание"

сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

2. _____

6. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:

123-456-789-12

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 (при наличии): Удостоверение № 33 о присвоении высшей квалификационной категории врача терапевта

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, 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): ivanova@mail.ru

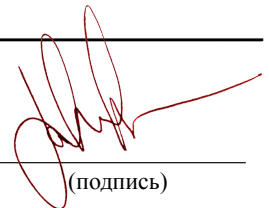
(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона: +7(953)000-00-00

(контактный номер телефона)

Иванова Елена Петровна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))



(подпись)

«10» декабря 2021 г.

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451; 2021, № 1, ст. 58.