

## Внести данные в таблицу АНКЕТЫ

1	Фамилия	
2	Имя	
3	Отчество	
4	Пол	
5	Тип гражданства	
6	Гражданство	
7	Отношение к военной службе	
8	СНИЛС	
9	Телефон (сотовый)	
10	Адрес электронной почты	
11	Дата рождения (форма дд.мм.гггг)	
12	Почтовый индекс	
13	Адрес регистрации	
14	Документ, удостоверяющий личность (паспорт и т.п.)	
15	Серия документа	
16	Номер документа	
17	Дата выдачи документа	
18	Кем выдан документ	
19	Тип документа об образовании	
20	Уровень образования	
21	Специальность по диплому	
22	Серия документа об образовании	
23	Номер документа об образовании	
24	Дата выдачи документа об образовании	
25	Кем выдан документ об образовании	
26	Вид дополнительной профессиональной программы ( п/п либо п/к)	
27	Продолжительность программы (час)	
28	Наименование дополнительной профессиональной программы	
29	Специальность	
30	Сроки обучения	
31	Дата выдачи диплома о профессиональной переподготовке (удостоверения)	
32	Место работы	

Председателю аккредитационной подкомиссии

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

от \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

тел. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

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

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о допуске к первичной специализированной аккредитации специалиста

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности \_\_\_\_\_,

что подтверждается \_\_\_\_\_ (в соответствии с номенклатурой)

\_\_\_\_\_ (реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном

образовании) (с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной

\_\_\_\_\_ программы)

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с номенклатурой)

на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения

\_\_\_\_\_ (процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго/третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_ ;

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

2. Документа(ов) об образовании: \_\_\_\_\_ ;

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: \_\_\_\_\_ ;

4. Иных документов: \_\_\_\_\_ .

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»<sup>1</sup> 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.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу (заполняется в случае невозможности получения указанной информации аккредитуемым лично): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (почтовый адрес и (или) адрес электронной почты)

Подтверждаю, что документы, необходимые для прохождения аккредитации специалиста, в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или) доверенным лицом не подавались.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации 2006, №31, ст.3451; 2011, №31, ст.4701

# ОБРАЗЕЦ

Председателю аккредитационной подкомиссии

обязательно для заполнения!

(инициалы, фамилия)

от Иванова Ивана Ивановича

тел. 111-1111111 e-mail обязательно!

СНИЛС 111-111-111 11

Дата рождения: 01.01.2000г.;

г.Новосибирск, ул.Кирова 1кв.1( по паспорту)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### о допуске к первичной специализированной аккредитации специалиста

Я, Иванов Иван Иванович информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности Сестринское дело, что подтверждается диплом о профессиональной переподготовке №111 111 0000111, приложение №111 111 00001111, дата выдачи 01.01.2021, выдан ГАПОУ НСО «Новосибирский медицинский колледж»

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения первичной специализированной аккредитации специалиста.

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: паспорт серия 0230, номер 555 555, выдан УФМС России г.Новосибирск 01.02.01, код подразделения 540-002;
2. Документа(ов) об образовании: - диплом о среднем специальном образовании, -диплом о профессиональной переподготовке;
3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: обязательно!;
4. Иных документов: свидетельство о заключении (расторжении) брака, либо справка из отделения ЗАГС.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»<sup>1</sup> 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.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу (заполняется в случае невозможности получения указанной информации аккредитуемым лично):

\_\_\_\_\_ (почтовый адрес и (или) адрес электронной почты)

Подтверждаю, что документы, необходимые для прохождения аккредитации специалиста, в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или) доверенным лицом не подавались.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

# О Б Р А З Е Ц

1	Фамилия	Иванов
2	Имя	Иван
3	Отчество	Иванович
4	Пол	Мужской
5	Тип гражданства	Гражданин РФ
6	Гражданство	Россия
7	Отношение к военной службе	Военнообязанный
8	СНИЛС (формат 01234567890)	01234567890
9	Телефон (формат 89261234567)	89261234567
10	Адрес электронной почты	ivanov2020@mail.ru
11	Дата рождения (форма дд.мм.гггг)	22.09.1998
12	Почтовый индекс	630099
13	Адрес регистрации	Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Ленина д.10 кв.77
14	Вид документа (удостоверение личности)	Паспорт
15	Серия документа	6684
16	Номер документа	678945
17	Дата выдачи документа (дд.мм.гггг)	13.12.2012
18	Кем выдан документ	Отделом УФМС РОССИИ по Новосибирской области
19	Тип документа об образовании	Диплом СПО
20	Уровень образования	Средне-профессиональное
21	Специальность по диплому	Лечебное дело
22	Серия документа об образовании	116644
23	Номер документа об образовании	0017989
24	Дата выдачи документа об образовании (формат дд.мм.гггг)	30.06.2020
25	Кем выдан документ об образовании	ГАПОУ НСО "Новосибирский медицинский колледж"
26	Вид дополнительной профессиональной программы ( п/п либо п/к)	Профессиональная переподготовка
27	Продолжительность программы (час)	288 часов
28	Наименование дополнительной профессиональной программы	Лечебное дело
29	Специальность	Лечебное дело
30	Сроки обучения	с 13.02.21 по 14.04.21
31	Дата выдачи диплома о профессиональной переподготовке (удостоверения)	14.04.2021
32	Место работы	ГБУЗ НСО «ССМП»