

Председателю аккредитационной подкомиссии

от

телефон

Адрес электронной почты

Страховой номер индивидуального лицевого счета

Дата рождения

Адрес регистрации

Заявление

О допуске к аккредитации

Я, _____
информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности _____, что подтверждает Выписка из протокола ГИА или Диплом, серия и №: _____

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять Медицинскую деятельность по специальности на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры аккредитации начиная с первого этапа.

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: _____

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" 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.

Дата: _____ 20 « _____ » Ф.И.О. _____

подпись _____