

В комиссию по периодической аккредитации

от

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_ (дата рождения)

\_\_\_\_\_ (страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации с индексом)

\_\_\_\_\_ (адрес фактического проживания с индексом)

+7 (

\_\_\_\_\_ (контактный номер телефона)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### о допуске к периодической аккредитации специалиста

Я, \_\_\_\_\_

(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: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (специальность, место проведения аккредитации специалиста, номер и дата протокола аккредитационной комиссии (при наличии))

Приложения:

1. Портфолио на \_\_\_\_\_ л.

2. Копия документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

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

3. Копия сертификата специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_

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

4. Копии документов об образовании и (или) о квалификации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (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, специальность)

6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение квалификации за отчетный период: \_\_\_\_\_

---

(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. Выписка о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения аккредитуемым аккредитации специалиста (при наличии), или выписка из протокола аккредитационной комиссии (при наличии).

10. Копии иных документов (при наличии): \_\_\_\_\_

---

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

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 обороны Российской Федерации, аккредитационной комиссии, сформированной Министерством обороны Российской Федерации, и Центру аккредитации медицинских (фармацевтических) специалистов Министерства обороны Российской Федерации 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.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу электронной почты: \_\_\_\_\_

(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона: \_\_\_\_\_

(контактный номер телефона)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г.