В центральную аккредитационную комиссию/аккредитационную комиссию субъекта Российской Федерации (нужное подчеркнуть)

от **ИВАНОВА ИВАНА ИВАНОВИЧА**

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**27марта 1980 ГОДА**

(дата рождения)

**г. Москва, улица Московская, дом 1, квартира 1**

(адрес регистрации)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(контактный номер телефона)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к аккредитации специалиста**

Я, **ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ**,

(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**\_\_\_\_\_

**Приложения:**

1. Портфолио на **3**л.

2. Копия документа, удостоверяющего личность: **паспорт 1029 384756** (серия, номер), **20марта2008года,OУФМСРоссиипоОмскойобласти** (сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе).

3. Копия сертификата специалиста (при наличии) или свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии): **сертификат специалиста от 31 июля 2015 года № 0177241283415, рег. № 1452** (серия, номер), **Омский государственный медицинский университет** (сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена/аккредитации специалиста).

4. Копии документов о высшем образовании и квалификации или о среднем профессиональном образовании или выписка из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: **диплом ПВ № 321123** (серия, номер), **20 июля 2015 года, Омский 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: **удостоверение от 31 июля 2019 года № 0155241083431** (серия, номер), **рег. № 1421 Б, Омский государственный медицинский университет** (сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации).

6. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица: **123-456-78999**.

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 № 22 о присвоении высшей квалификационной категории врача-терапевта**.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 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 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) **ssmmirnoovvvv@mail.ru**(адрес электронной почты) или сообщить по номеру телефона **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (контактный номер телефона)

**ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ**

(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (подпись)

«**1» августа** 20**21**года

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