Приложение N 1
к особенностям проведения аккредитации
специалистов в 2021 году, утвержденным
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 2 февраля 2021 г. N 40н

Рекомендуемый образец

 В центральную аккредитационную комиссию /

 аккредитационную комиссию субъекта

 Российской Федерации

 (нужное подчеркнуть)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата рождения)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес регистрации)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (контактный номер телефона)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о допуске к 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Приложение:

 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) или свидетельства об

 (нужное подчеркнуть)

аккредитации специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

 5. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об

освоении программ повышения квалификации за отчетный период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

 6. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного

лица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г.

N 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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес электронной почты)

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

 (контактный номер телефона)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ Г.

──────────────────────────────

1 Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2021, N 1, ст. 58.