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.