

Председателю аккредитационной комиссии

Гайнулину Ш.М.

(инициалы, фамилия)

от Иванова Ивана

Ивановича

(Ф.И.О. полностью)

тел. 8-999-999-99-99

адрес электронной

почты ivanov@mail.ru

страховой номер индивидуального

лицевого счета 999-999-999-99

12.12.1990, г. Москва,

(дата рождения, адрес регистрации, почтовый индекс)

ул. Космокастов, 4, кв. 10; 250390

ЗАЯВЛЕНИЕ

О допуске к аккредитации специалиста

я, Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя отчество (при наличии))

Информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности (направлению подготовки)¹ Дерматовенерология, что подтверждается дипломом об окончании ординатуры (серия 107100, номер 000352)

(реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании

(с приложениями) или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность по специальности «Дерматовенерология»

(медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с номенклатурой)

на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры аккредитации специалиста начиная с 1 этапа

(процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго/третьего этапа)

¹ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. №1061 «об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2013 г., регистрационный №30163); перечень специальностей среднего профессионального образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 29 октября 2013 г. №1199 «Об утверждении перечней профессий и специальностей среднего профессионального образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 декабря 2013 г., регистрационный №30861), с изменениями, внесенными приказами Министерства образования и науки Российской Федерации от 14 мая 2014 г. №518 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 мая 2014 г., регистрационный №32461) и от 18 ноября 2015 г. №1350 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 декабря 2015 г., регистрационный №39955).

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность 4513 461568, выдан
(серия, номер)
15.03.2006 отделением УРМС России по г. Москве по р. н. ул. Мобили.
сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
2. Документа(ов) об образовании: документы о высшем образовании,
диплома об окончании университета;
3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: _____
№ 999-999-999-99;
4. Иных документов: _____;

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июня 2006 г №152-ФЗ «О персональных данных»² в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам аккредитационной подкомиссии под председательством Сысоевой Т.А. 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.

Иванов Иван
Ивановна
(Ф.И.О.)

Иванов
(Подпись)

« 15 » 01 _____ 2022 г.

² Собрание законодательства Российской Федерации 2006, №31, ст. 3451; 2011, №31, ст. 4701