|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
|  В аккредитационную комиссию/ аккредитационную подкомиссию  |

 |
|  | от |  |
|  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
|  (дата рождения) |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
|  | (страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица) |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

 |
| (адрес регистрации с индексом) |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

 |
|  | (адрес фактического места проживания с индексом) |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***+*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
|  | (контактный номер телефона) |
|  |  |
|  | (личный адрес электронной почты) |
| **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, сведения о месте проведения аккредитации, номер и дата протокола аккредитационной комиссии (при наличии)Приложение: |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

1. [Портфолио](#P288) 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) |
| 4. Копии документов о образовании и 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) |  |
| 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. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 89 или пунктом 90 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. №709н (при наличии):  |
| При заполнении пункта 8 заявления о допуске к периодической аккредитации специалиста (далее – заявление), пункты 3, 4, 5 и 7 заявления и сведения о прохождении аккредитации специалиста не заполняются.В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»[[1]](#footnote-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. |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |
| «­­­­­­­­­­­ » 20 г. |  |  |

1. Собрание Законодательства Российской Федерации, 2006, №31, ст. 3451; 2022, №29, ст.5233 [↑](#footnote-ref-1)