Председателю аккредитационной подкомиссии

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

 (инициалы, фамилия)

 от Иванова Ивана Ивановича

 тел. \_\_\_\_\_обязательно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес электронной почты \_\_\_\_ обязательно

 СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата рождения 02.02.2000 г.

 адрес регистрации по паспорту: обязательно

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к первичной аккредитации специалиста

Я, Иванов Иван Иванович информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы среднего профессионального образования по специальности Лечебное дело, что подтверждается дипломом о среднем профессиональном образовании № 115400 00003862, приложение № 115400 00005868 , дата выдачи 30.06.2020 г., кем выдан ГАПОУ НСО "Новосибирский медицинский колледж"

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации специалиста.

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: паспорт серия 0230 , номер 568920, выдан УФМС России по НСО от 01.06.2020г, код подразделения 540-002

2. Документа(ов) об образовании: диплом № 115400 00003862, приложение № 115400 00005868 , дата выдачи 30.06.2020 г., кем выдан ГАПОУ НСО "Новосибирский медицинский колледж"

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: СНИЛС № 540-352-456-82

4. Иных документов: военный билет (при наличии), свидетельство о заключении брака.

 В соответствии со [статьей 9](https://sudact.ru/law/federalnyi-zakon-ot-27072006-n-152-fz-o/glava-2/statia-9_1/) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 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 аккредитационной подкомиссии под председательством \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется в случае невозможности получения указанной информации аккредитуемым лично).

Подтверждаю, что документы, необходимые для прохождения аккредитации специалиста, в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или)доверенным лицом не подавались.

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

 (Ф.И.О.) (подпись)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**Внести данные в таблицу Анкеты**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия  | Иванов  |
| Имя  | Иван  |
| Отчество  | Иванович  |
| Пол  | Мужской  |
| Тип гражданства  | Гражданин РФ  |
| Гражданство  | Россия  |
| Отношение к военной службе  | Военнообязанный  |
| СНИЛС (формат 01234567890)  | 01234567890  |
| Телефон (формат 89261234567)  | 89261234567  |
| Адрес электронной почты  | ivanov2020@mail.ru  |
| Дата рождения (форма дд.мм.гггг)  | 22.09.1998  |
| Индекс (формат 123456)  | 123456  |
| Адрес регистрации  | Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Ленина д.10 кв.77  |
| Вид документа (удостоверение личности)  | Паспорт  |
| Серия документа  | 6684  |
| Номер документа  | 678945  |
| Дата выдачи документа (дд.мм.гггг)  | 13.12.2012  |
| Кем выдан документ  | Отделом УФМС РОССИИ по Новосибирской области  |
| Тип документа об образовании  | Диплом СПО  |
| Уровень образования  | Средне-профессиональное  |
| Специальность по диплому  | Лечебное дело  |
| Серия документа об образовании  | 116644  |
| Номер документа об образовании  | 0017989  |
| Дата выдачи документа об образовании(формат дд.мм.гггг)  |  30.06.2020  |
| Кем выдан документ об образовании  | ГАПОУ НСО "Новосибирский медицинский колледж"  |
| Место работы (для работающих в медицинских организациях) | ГБУЗ НСО «ССМП» |

\* Список председателей подкомиссий

|  |  |
| --- | --- |
| Лечебное дело | Федотова Светлана Александровна |
| Акушерское дело | Дума Евгения Васильевна |
| Сестринское дело | Климчук Татьяна Владимировна |
| Лабораторная диагностика | Терехова Татьяна Николаевна |
| Стоматология ортопедическая | Ужнев Сергей Владимирович |
| Стоматология профилактическая | Вульф Алексей Николаевич |
| Фармация | Нестерова Татьяна Николаевна |