|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **В аккредитационную подкомиссию**  от ***Ивановой Марии Степановны***  (Ф.И.О. полностью)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 1 |  | 1 | 1 |  | 1 | 1 | 1 | 1 |   (дата рождения)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 1 | 1 |  | 1 | 1 | 1 |  | 1 | 1 | 1 |  | 1 | 1 |   (страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | ***г. Новосибирск, ул. Иванова, д.1, кв. 1*** |  |  |  |   (адрес регистрации с индексом)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | ***г. Новосибирск, ул. Иванова, д.1, кв. 1*** |  |  |  |   (адрес фактического проживания с индексом)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | + | 7 |  | 1 | 1 | 1 |  | 1 | 1 | 1 |  | 1 | 1 |  | 1 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   (контактный номер телефона)  **ОБЯЗАТЕЛЬНО для заполнения!**  (личный адрес электронной почты) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к аккредитации специалиста**

Я, *Иванова Мария Степановна* информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы высшего или среднего профессионального образования (нужное подчеркнуть) по специальности *Лечебная физкультура*, что подтверждается дипломом о профессиональной переподготовке № 111111111111 от 01.01.1111г., приложение **(при наличии)** № 11111 от 01.01.1111г. , выдан ГАПОУ НСО «Новосибирский медицинский колледж»

Прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации / **первичной специализированной аккредитации** по специальности: *Лечебная физкультура*

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***начиная с первого этапа*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(начиная с первого/второго/третьего этапа)

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: *паспорт серия 0230,номер 555 555*, *выдан УФМС России г.Новосибирск 01.02.01, код подразделения 540-002*;
2. Копия документа(ов) об образовании и (или) квалификации или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: *диплом о среднем специальном образовании, -диплом о профессиональной переподготовке*
3. Копия сертификата специалиста **(при наличии)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена)

1. Сведения о прохождении аккредитации специалиста **(при наличии):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, номер свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии)

1. 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)**.
2. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 61 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. № 709н (при наличии) *свидетельство о заключении (расторжении) брака, либо справка из отделения ЗАГС*

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №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 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 (заполняется в случае невозможности получения указанной информации аккредитуемым лично): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес и (или) адрес электронной почты)

|  |
| --- |
| V |

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

Иванова М.С. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

«11» ноября 2023г.

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