

В аккредитационную комиссию/
аккредитационную подкомиссию

от Иванов
Образец Викторovich

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

0	1
---	---

0	5
---	---

1	9	8	4
---	---	---	---

(дата рождения)

0	1	1
---	---	---

1	1	1
---	---	---

0	0	0
---	---	---

1	6
---	---

(страховой номер индивидуального лицевого счёта застрахованного лица)

1	1	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

 Республика Мордовия, город Саранск, ул.
Пример, дом 13, кв. 47

(адрес регистрации с индексом)

1	1	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

 Республика Мордовия, город Саранск, ул.
Пример, дом 13, кв. 47

(адрес фактического места проживания с индексом)

+	7
---	---

9	1	7
---	---	---

0	0	0
---	---	---

0	0
---	---

0	0
---	---

(контактный номер телефона)

primer@mail.ru

(личный адрес электронной почты)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к периодической аккредитации специалиста

Я, Иванов Образец Викторovich
(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: Организация здравоохранения и общественное здоровье _____

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
на

0	0	3
---	---	---

л.;

2. Копия документа, удостоверяющего личность: _____
Паспорт 00 10 000000, дата выдачи 01.01.2000 ТО УФМС России по Примеру
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии): Сертификат специалиста 0000000001,
дата выдачи 12 апреля 2020г. Министерство здравоохранения Республики Мордовия;
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена)

4. Копии документов об образовании и о квалификации: _____

Диплом о профессиональном образовании 13 БА 000000, дата выдачи 27 июня 2008г. ГБУСПО
«Пример», г. Саранск

(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): _____

Свидетельство о повышении квалификации, регистрационный номер 1901, от 18.11.2008г. по специальности «Организация здравоохранения и общественного здоровья», ГОУДПО «Мордовский республиканский центр повышения квалификации специалистов здравоохранения»

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение квалификации за отчетный период: _____

Удостоверение о повышении квалификации 10000000000, от 14.10.2022г. Государственное автономное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Мордовский республиканский центр повышения квалификации специалистов здравоохранения»

(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. № 152-ФЗ «О персональных данных»¹ в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, и в течение неограниченного срока после прохождения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации, членам центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) и Федеральным аккредитационным центрам 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, в том числе третьим лицам (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

«23» января 2023 г