

Председателю аккредитационной подкомиссии

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ф.и.о., полностью)

\_\_\_\_\_ (дата рождения, адрес регистрации)

Документ, удостоверяющий личность (паспорт)

\_\_\_\_\_ (серия, номер, когда и кем выдан)

Тел. \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

электронной почты \_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального  
лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности \_\_\_\_\_,

что подтверждается \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (реквизиты диплома (серия, номер, когда и кем выдан) о среднем профессиональном образовании или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Прошу допустить меня до прохождения процедуры аккредитации специалиста.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ФИО председателя 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.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.