

В аккредитационную подкомиссию  
от \_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Страховой номер индивидуального лицевого счета  
(СНИЛС) \_\_\_\_\_  
Адрес регистрации с индексом \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания с индексом \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Военнообязанный/ невоеннообязанный (подчеркнуть)  
Контактный номер телефона \_\_\_\_\_  
Личный адрес электронной почты \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ о допуске к первичной аккредитации**

Я, \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии)  
информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы среднего профессионального образования по специальности \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
что подтверждается \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа о среднем профессиональном образовании с приложением)

Прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации по  
специальности: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Прилагаю копии следующих документов:  
1. Документ, удостоверяющий личность:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)  
2. Документ о среднем профессиональном образовании с приложением  
3. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)  
4. Иные документы: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подтверждаю, что документы в другие аккредитационные подкомиссии мной и  
(или) моим представителем не подавались.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)  
"\_\_\_" 20 \_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

**Согласие  
на обработку персональных данных**

В соответствии со статьей 9 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, и в течение неограниченного срока после прохождения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации, членам аккредитационной комиссии (аккредитационной подкомиссии), Методическому центру аккредитации специалистов, Федеральным аккредитационным центрам и КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж имени Г.С. Макарова» 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.

---

(Ф.И.О. полностью)

---

(подпись)

"\_\_\_" 20 \_\_\_ г.