

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.)

(подпись)

"__" _____ 20__ г.

**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.