

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 АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение профессиональной образовательной программы профессиональной переподготовки по специальности (направлению подготовки) \_\_\_\_\_,

(указать специальность по диплому о профессиональной переподготовке)

что подтверждается дипломом о профессиональной переподготовке

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(реквизиты диплома о профессиональной переподготовке, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Прошу допустить меня до прохождения первичной специализированной аккредитации по специальности:

\_\_\_\_\_  
(указать специальность)

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Копии документов об образовании: \_\_\_\_\_

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

3. Копия сертификата специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_

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

4. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_  
(специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, номер свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии))

5. 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).

6. Копии иных документов, предусмотренных [пунктом 61](#) Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. N 709н (при наличии): \_\_\_\_\_.

☐ 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.