Приложение N 4

к Положению об аккредитации

специалистов, утвержденному

приказом Министерства

здравоохранения

Российской Федерации

от 22 ноября 2021 г. N 1081н

Рекомендуемый образец

В центральную аккредитационную комиссию/

аккредитационную комиссию

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(контактный номер телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к периодической аккредитации специалиста

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение:

1. Портфолио на \_\_\_ л.;

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

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

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения

сертификационного экзамена

4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

5. Копии документов о образовании и о квалификации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей

его организации)

6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или

присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального

образования - профессиональной переподготовки (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей

его организации)

7. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении

программ повышения квалификации за отчетный период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей

его организации)

8. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации,

свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии)

9. 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).

10. Копии иных документов, предусмотренных [пунктом 55](#P248) Положения об

аккредитации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 22 ноября 2021 г. N 1081н (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=D64EE5BCDA833DEA27C903D6D5E13705C8980413247145281BC657B43D5892F5ADCB33259D098EF9CE8D627DCA7566FD51A23ECEAEF5321AP414E) Федерального закона от 27 июля 2006 г.

N 152-ФЗ "О персональных данных" [<1>](#P795) в целях организации и проведения

аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения

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 (распространение, предоставление, доступ),

обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов

прошу направить по адресу электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(контактный номер телефона)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) (подпись)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

--------------------------------

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2021, N 1, ст. 58.