|  |
| --- |
| **Приложение №1**В центральную аккредитационную комиссию/ аккредитационную комиссию  |
|  |
| от | ***ИВАНОВА*** |
| ***ИВАНА ИВАНОВИЧА*** |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| ***27 марта 1980 года*** |
| (дата рождения) |
| ***г. Клин, улица Мира, дом 15,*** |
| ***квартира 77*** |
| (адрес регистрации) |
| ***+7(903)123-45-67*** |
| (контактный номер телефона) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к периодической аккредитации специалиста**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, | ***ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ***  |
|  | (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: | ***терапия*** |

Приложение:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Портфолио на | ***6*** | л. |
|  |  |  |
| 2. Копия документа, удостоверяющего личность: | ***Паспорт 12 34 567890*** |
|  | (серия, номер, |
| ***выдан 28 марта 1999 года, OУФМС России по Омской области.*** |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) 3. Копия сертификата специалиста (при наличии): ***Сертификат специалиста №01275433***(серия, номер, |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***рег. номер № 1452; выдан 31 апреля 2017 г., Федеральное государственное бюджетное*** |  |
| ***военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская*** |  |
| ***академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.*** |  |
| сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена) |  |

4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:

|  |
| --- |
| ***012-345-67 89***  |

5. Копии документов об образовании и о квалификации:

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Диплом ПВ № 460774,*** |
|  (серия, номер, |
| ***выдан 20 июля 1984 года, Омский государственный медицинский университет.*** |
| 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):

**ПП «Терапия*»,* № 123456987654, рег. номер № 12345 от 21 марта 2015 года Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации**

|  |
| --- |
| (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: | ***Удостоверение № 123456987654,*** |
|  (серия, номер, |
| ***рег. номер № 1421 Б, от 21 марта 2022 года, Федеральное государственное***  |
| ***бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования***  |
| ***«Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны***  |
| ***Российской Федерации.*** |
| сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |

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

|  |
| --- |
|  |
| (специальность, сведения о дате 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 Положения об аккредитации, утверждённого приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 ноября 2021 г. № 1081н (при наличии):

|  |
| --- |
| ***Диплом доктора наук ДК № 032509; Аттестат профессора серия ПР № 042758; Удостоверение № 22 о присвоении высшей квалификационной категории врача- терапевта.*** |

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»1 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:  | ***ivanov@mail.ru***  |
|  (адрес электронной почты) |
| или сообщить по номеру телефона: | ***+7(903)123-45-67.*** |
|  (контактный номер телефона) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ*** |  |  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |
| « | ***12*** | » | ***мая*** | 20 | ***22*** |  г. |

1 Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, №31, ст. 3451; 2021, №1, ст. 58