|  |  |
| --- | --- |
| В комиссию по периодической  аккредитации | |
| от | ***Иванова*** |
| ***Ивана Ивановича*** | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) | |
| ***27 марта 1980 года*** | |
| (дата рождения) | |
| ***012-345-678 92*** | |
| (страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица) | |
| ***141601, г. Клин, улица Мира,*** | |
| (адрес регистрации, индекс) | |
| ***д. 15, корп. 1, кв. 77*** | |
| ***141601, г. Клин, улица Мира,*** | |
| (адрес фактического проживания, индекс) | |
| ***д. 15, корп. 1, кв. 77*** | |
| ***+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(ы) повышения квалификации, что подтверждается прилагаемыми копиями документов и портфолио.

Прошу допустить меня до прохождения процедуры периодической аккредитации специалиста

|  |  |
| --- | --- |
| по специальности: | ***Терапия*** |

Сообщаю следующие сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии):

|  |
| --- |
| ***–*** |
| (специальность, место проведения аккредитации специалиста, номер и дата протокола аккредитационной комиссии (при наличии) |

Приложения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Портфолио на | ***5*** | л. |
| 2. Копия документа, удостоверяющего личность: | | | | | | ***Паспорт 1234 567890*** | | | |
| ***выдан 28 марта 1999 года, OУФМС России по Омской области*** | | | | | | | | | |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) | | | | | | | | |
| 3. Копия сертификата специалиста (при наличии): | | | | | | | | ***Сертификат специалиста*** | | |
| ***№ 01275433, рег. номер 8/1452 от 30 апреля 2019 г., специальность: «Терапия»,*** | | | | | | | | |
| ***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 месте проведения сертификационного экзамена, специальность) | | | | | | | | |
| 4. Копии документов об образовании и (или ) о квалификации: | | | | | | | | ***Диплом ПВ № 460774,*** | |
| ***рег. № 111 от 20 июля 1984 года, специальность: «Лечебное дело»,*** | | | | | | | | | |
| ***Омский государственный медицинский университет*** | | | | | | | | | |
| *(если есть документы об окончании интернатуры, ординатуры указываем в этом пункте)* | | | | | | | | | |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) | | | | | | | | | |

5. Копии документов о квалификации, подтверждающих присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования – профессиональной

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| переподготовки (при наличии): | | ***Диплом о профессиональной переподготовке*** |
| ***№ 123456987654, рег. номер 12345, от 21 марта 2012 года по программе «Терапия»,*** | |
| ***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) |

6. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| повышения квалификации за отчетный период: | | ***Удостоверение № 123456987654, рег. номер*** |
| ***8/1421, от 21 марта 2022 года, по программе: «Терапия в стационаре» в объеме 144 часов,*** | | |
| ***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. 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).

8. Копия выписки из акта органа государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию, о присвоении специалисту, прошедшему аттестацию, квалификационной категории (присвоенной в текущем году или году, предшествующему году

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| подачи документов для прохождения периодической аккредитации) | | ***Выписка из приказа*** |
| ***от 25 апреля 2023 г. № 312 о высшей квалификационной категории по специальности:*** | |
| ***«Терапия», решение аттестационной комиссии Военно-медицинской академии*** | |
| ***имени С.М. Кирова*** | |
| (номер и дата акта о присвоении квалификационной категории, наименование аттестационной комиссии) | |

9. Выписка о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения аккредитуемым аккредитации специалиста (при наличии), или выписки из протокола аккредитационной комиссии (при наличии).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10. Копии иных документов, (при наличии): | | ***Диплом доктора медицинских*** |
| ***наук ДК № 032509 от 05.10.2020; Аттестат профессора серии ПР № 042758 от 10.10.2021*** | |
| *(если есть документ, подтверждающий факт**изменения фамилии, имени, отчества или* | |
| *квалификационная категория выданная до 2023 г. указываем в этом же пункте)* | |

При заполнении пункта 8 заявления о допуске к периодической аккредитации специалиста (далее – заявления), пункты 3, и 5 заявления не заполняются и сведения о прохождении аккредитации специалиста не представляются.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству обороны Российской Федерации, аккредитационной комиссии, сформированной Министерством обороны Российской Федерации, и Центру аккредитации медицинский (фармацевтических) специалистов Министерства обороны Российской Федерации 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.

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) | | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Иванов Иван Иванович*** |  |  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (подпись) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « | ***11*** | » | ***января*** | 20 | ***24*** | г. |