

Председателю аккредитационной комиссии  
Министерства здравоохранения России в  
Смоленской области для проведения  
аккредитации специалистов

Н.Л. Аксеновой

Иванов Иван Иванович

Ф.И.О. (полностью)

**заявка на участие в первичной аккредитации специалистов**

Прошу разрешить прохождение первичной аккредитации специалистов по специальности 34.02.01 «Сестринское дело» в 2021 году на базе ОГБПОУ «Смоленский базовый медицинский колледж имени К.С. Константиновой».

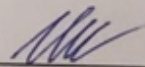
Предоставляю персональные данные для оформления допуска к проведению аккредитации специалистов:

№ п.п.	Наименование	Данные
1	Фамилия	Иванов
2	Имя	Иван
3	Отчество	Иванович
4	Пол	Мужской
5	Гражданство	РФ
6	Отношение к военной службе	Военнообязанный
7	СНИЛС (формат 01234567890)	000-000-00 00
8	Телефон (формат 89261234567)	+7 900 000 00 00
9	Адрес электронной почты	ivanov@yandex.ru
10	Дата рождения (формат дд.мм.гггг)	01.01.2000
11	Индекс (формат 123456)	214000
12	Адрес регистрации	г. Смоленск, ул. Кирова,57

13	Вид документа (удостоверение личности)	Паспорт
14	Серия документа	00 00
15	Номер документа	000000
16	Дата выдачи документа (формат дд.мм.гггг)	01.01.2020
17	Кем выдан документ	УМВД России по Смоленской области
18	Уровень образования	Среднее профессиональное
19	Специальность по диплому	Медицинский брат
20	Серия документа об образовании	116718
21	Номер документа об образовании	0000000
22	Дата выдачи документа об образовании (формат дд.мм.гггг)	30.06.2020
23	Кем выдан документ об образовании	ОГБПОУ «Смоленский базовый медицинский колледж имени К.С. Константиновой».г. Смоленск

Согласие на обработку персональных данных прилагается.

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ 

**Согласие  
на обработку персональных данных**

Я, <u>Иванов</u> <i>(фамилия)</i> <u>Паспорт</u> <i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<u>Иван</u> <i>(имя)</i> <u>000000</u> <i>(номер основного документа, удостоверяющего личность)</i>	<u>Иванович</u> <i>(отчество)</i> <u>УМВД России по Смоленской области</u> <i>(сведения о выдавшем указанный документ органе)</i>
<u>01.01.2020</u> <i>(сведения о дате выдачи указанного документа)</i>	<u>Г.Смоленск ул. Кирова д.57</u> <i>(адрес)</i>	

принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе: фамилия, имя, отчество; адрес регистрации; сведения об образовании; контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты; номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; сведения о воинском учете; сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данных медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством; и даю согласие своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящее согласие на обработку персональных данных секретарю аккредитационной подкомиссии по специальности Сестринское дело с целью

- передачи данных в Министерство здравоохранения для проведения аккредитации специалистов на базе Областного государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения (ОГБПОУ) «Смоленский базовый медицинский колледж им. К.С. Константиновой»
- размещения на официальном сайте Смоленского базового медицинского колледжа, результатов прохождения первичной аккредитации специалистов и первичной специализированной аккредитации специалистов.

Обработка персональных данных может осуществляться как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом. Смоленский базовый медицинский колледж, вправе осуществлять хранение персональных данных, электронных документов в электронных базах данных включительно.

**Способы обработки персональных данных:**

сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (распространение), передачу (предоставление), передачу (доступ), удаление, уничтожение.

Данное согласие на обработку персональных данных действует 5 (пять лет) с момента его предоставления.

Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.

Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных во время проведения процедуры аккредитации специалиста.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ г.

Иванов  
*(личная подпись)*

Иванов И.И.  
*(инициалы, фамилия)*