

В аккредитационную подкомиссию  
от Иванова Ивана Ивановича  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

01.01.2000

(дата рождения)

214013 г. Смоленск ул.Кирова д.13 кв  
55

(адрес регистрации)

+79203001412

(контактный номер телефона)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я, ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы высшего или среднего профессионального образования (нужное подчеркнуть) по специальности (направлению подготовки), что подтверждается ДИПЛОМОМ СПО 116724 000101 СМОЛЕНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ 20.06.2020  
(реквизиты документа о высшем образовании и (или) о квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании)

(с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации/первичной специализированной аккредитации (нужное подчеркнуть) по специальности (должности) СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО НАЧИНАЯ С ПЕРВОГО ЭТАПА

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: 6617 845758 29.03.2006 УМВД РОССИИ ПО СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ;

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

2. Копии документов об образовании и о квалификации, или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: \_\_\_\_\_

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

3. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования – профессиональной переподготовки (для первичной специализированной аккредитации): 116724 000101 СМОЛЕНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ 20.06.2020

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

4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (для иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии):

012-015-011 11

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

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

6. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_

(специальность, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена)

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. Копии иных документов, предусмотренных пунктами 61, 89 и 90 Приказа от 28 октября 2022 г. № 709н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов» (при наличии):

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 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: [akkredsmol2020@bk.ru](mailto:akkredsmol2020@bk.ru)  
(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона: +79203001412

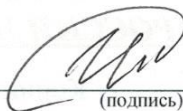
(контактный номер телефона)



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

ИВАНОВ И.И.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))



(подпись)

« 01 » 01 2024 г.