

В аккредитационную комиссию Пермского края

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения \_\_\_\_\_

адрес регистрации, почтовый индекс \_\_\_\_\_

адрес фактического проживания, почтовый индекс \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

адрес электронной почты \_\_\_\_\_

страховой номер индивидуального  
лицевого счета \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ о допуске к аккредитации специалиста

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы среднего профессионального образования по специальности (направлению подготовки)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

что подтверждается дипломом специалиста № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа о среднем профессиональном образовании и (или) о квалификации (с приложениями) или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

<sup>1</sup> Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2013 г., регистрационный № 30163); перечень специальностей среднего профессионального образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 29 октября 2013 г. № 1199 «Об утверждении перечней профессий и специальностей среднего профессионального образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 декабря 2013 г., регистрационный № 30861), с изменениями, внесенными приказами Министерства образования и науки Российской Федерации от 14 мая 2014 г. № 518 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 мая 2014 г., регистрационный № 32461) и от 18 ноября 2015 г. № 1350 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 декабря 2015 г., регистрационный № 39955).

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность по специальности/в должности \_\_\_\_\_

(медицинскую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с номенклатурой)

на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения первичной специализированной аккредитации специалиста, начиная с 1 этапа.

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, \_\_\_\_\_);

\_\_\_\_\_;  
сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Документа (диплома) о среднем профессиональном образовании: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, \_\_\_\_\_);

\_\_\_\_\_;  
сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

3. Документов о квалификации, подтверждающих повышение или присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования – профессиональной переподготовки (диплом о профессиональной переподготовке): \_\_\_\_\_

(серия, номер, \_\_\_\_\_);

\_\_\_\_\_;  
сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

4. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: \_\_\_\_\_;

5. Сертификат специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_  
(серия, номер, \_\_\_\_\_);

\_\_\_\_\_;  
сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена)

6. Свидетельство об аккредитации специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_  
(специальность, \_\_\_\_\_);

\_\_\_\_\_;  
сведения о дате и месте проведения аккредитации, наличии свидетельства об аккредитации специалиста)

7. Копии иных документов (при наличии): \_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»<sup>2</sup> 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.

<sup>2</sup> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451; 2021, № 1, ст. 58.

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

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (полностью))

\_\_\_\_\_  
(подпись)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.