

Председателю аккредитационной комиссии

от Смирнов Иван Петрович

(Ф.И.О. полностью)

тел. 8-900-0-00-00-00

адрес электронной почты _____

ivan.@yandex.ru

страховой номер индивидуального лицевого счета

(СНИЛС) 000-000-000-00

01.01.2001, 664003 г Иркутск,
ул. Карла Маркса, д. 1, кв. 1

(дата рождения, индекс, адрес регистрации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я, Смирнов Иван Петрович информирую, что
(фамилия, имя, отчество полностью)

успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности (направлению подготовки) «Рентгенология», что подтверждается

дипломом об окончании ПП 123456 001234
регистрационного номер 100, дата выдачи 01.06.2022

(реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации

(с приложениями) или о среднем профессиональном образовании (с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность
по специальности «Рентгенология» (СПО)

(медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с

номенклатурой) на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения

процедуры аккредитации специалиста начиная с 1 этапа
(процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго/третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность (паспорт): 1234 567890, 01.01.2018.

(серия, номер,

ОУФМС России по Иркутской области в Кировском р-не

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Документа(ов) об образовании: диплом о среднем профессиональном образовании, диплом о прохождении профессиональной переподготовки;

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования:

000-000-000 00;

4. Иных документов: свидетельство о замужестве брака, трудовая книжка;

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 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 и членам аккредитационной комиссии под председательством Маевской Ирины Викторовны 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.

Смирнов Иван Петрович

(Ф.И.О.)

Смирн

(подпись)

«01» 01 2021 г.