

Председателю аккредитационной комиссии

И.В. Маевской

от Смирнова Ивана
Петровича

(Ф.И.О. полностью)

тел. 8-964-0-12-34-56

адрес электронной почты _____

ivan@yandex.ru

страховой номер индивидуального лицевого счета

(СНИЛС) 123-456-489-00

31.12.1990, 664003 г. Иркутск

ул. Карла Маркса д. 116/1

(дата рождения, 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) Терапии, что подтверждается

дипломом об окончании ординатуры 123456 00 12 34
реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации
реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации

(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 - терапия

(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:

1. Документа, удостоверяющего личность: 12 54 567890 01.01.2018 г.
(серия, номер,
ОУФМС России по Иркутской области в Кировском р.н.
сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
2. Документа(ов) об образовании: диплом об окончании
ордinatorи
3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования:
12 54 56789 00
4. Иных документов: свидетельство о замещении брака

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.)
Смирнов
(подпись)

« 01 » 10 20 20 г.