*Образец(удалить слово при заполнении)*

В аккредитационную комиссию Пермского края

от Иванова Ивана Ивановича

(фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения 01 января 1965 года

адрес регистрации, почтовый индекс

614000 г. Пермь, ул. Чернышевского дом 19г, кв.30

адрес фактического проживания, почтовый индекс

614000 г. Пермь, ул. Чернышевского дом 19г, кв.30

Телефон+79197112233

адрес электронной почты NTDVGF@yandex.ru

страховой номер индивидуального

лицевого счета 110-456-789-00

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к аккредитации специалиста**

Я, Иванов Иван Иванович

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы среднего профессионального образования по специальности РЕНТГЕНОЛОГИЯ (направлению подготовки) [<1>](#P692), что подтверждается дипломом специалиста

**Диплом № 00000000000 Рег.номер 000/21 ,выдан 20 мая 2021года, федеральным государственном федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России)**

Прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации/**первичной специализированной аккредитации** по специальности (должности): **Рентгенология**

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(начиная с первого/второго/третьего этапа)

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: **\_ паспорт 0000 111111 выдан 05 февраля 2022 года ГУ МВД России по Пермскому краю**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(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: \_\_\_ **Диплом УТ-I № 000000 Рег. номер 26, выдан 27 июня 1996 года, Лысьвенское медицинское училище \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(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): **НЕТ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица: **110-456-789-00**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, номер свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии)

7. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской деятельности, предусмотренных законодательством Российской Федерации (при наличии): **приложена**

8. Копия документа, подтверждающего факт изменения фамилии, имени, отчества - в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии):\_**Свидетельство о заключении брака I-ВГ № 0000000 выдано 19.10.2010 года Отделом ЗАГС Мотовилихинского района г. Перми**

9. Копии иных документов, предусмотренных [пунктами 46](#P214) и [47](#P223) Положения об аккредитации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 ноября 2021 г. № 1081н (при наличии): нет.

В соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=8353B84FB970A9007120907F6462A6E060C7A62B2B349857C1CE4A58E37C3E1DA84ADFC0DC4C180AC8A4D8834B1D05DD777F3045B3E04B28b3A0I) Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" [<2>](#P693) 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: **NTDVGF@yandex.ru**

(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона: **+79197112233**

(контактный номер телефона)

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

**Иванов Иван Иванович** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

**«30» августа 2022 г.**