

Председателю аккредитационной подкомиссии

Иванову К. А.

(инициалы, фамилия)

от

Сидорова Ивана Петровича

(Ф.И.О. полностью)

тел.

8(915) 123-45-67

адрес

электронной почты abcde@mail.ru

страховой номер индивидуального
лицевого счета 123-456-789-10

11.12.1985, г. Москва, пр. Мира,
(дата рождения, адрес регистрации)
д. 37, кв. 24, 127 238

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

я, Сидоров Иван Петрович

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности (направлению подготовки) <1> Организация здравоохранения и общественное здоровье что подтверждается

Дипломом о профессиональной переподготовке № 772 400365390

(реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации ФГБУ "АНИИОЦЗ" Минздрава России, реестр. № 179 г. Москва

(с приложениями) или о среднем профессиональном образовании 7.11.2020г.

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

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять деятельность по специальности "Организация здравоохранения и общественное здоровье"

(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 первого

(процедуры аккредитации специалиста этапа

начиная с первого/второго/третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: паспорт 4512 828004, выдан

отделением УФМС России по г. Москве по р-ну Алексеевский
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) 18.10.2012

2. Документа(ов) об образовании: Диплом БВС 0405120

Российской государственной медицинской академии им. И.П. Павлова г. Москва

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: 28.06.2010г.

123-456-789-10

4. Иных документов: сертификат специалиста

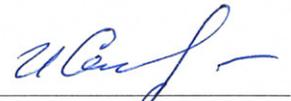
03 77 270006543 от 15.04.2017

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" <2> 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 подкомиссии под председательством _____ 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.

Сидоров И. Л.
(Ф.И.О.)

"30" января 2021 г.


(ПОДПИСЬ)