В аккредитационную подкомиссию

|  |  |
| --- | --- |
| от |  |

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (дата рождения) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (СНИЛС)) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | (адрес регистрации с индексом) |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (контактный номер телефона) |

|  |
| --- |
|  |
| (личный адрес электронной почты) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к первичной аккредитации специалиста**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы **среднего профессионального образования** по специальности **Сестринское дело,**

|  |  |
| --- | --- |
| что подтверждается  |  **Дипломом о среднем профессиональном образовании** |
|  |  |

Прошу допустить меня до прохождения **первичной аккредитации** по специальности **СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО**, начиная **с первого этапа.**

Приложение:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Копия документа, удостоверяющего личность: |  |
|  | ; |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) |  |

2. Копии документов об образовании и о квалификации (**Диплом СПО**)

|  |  |
| --- | --- |
| Серия № | Кем выдан: |
|  | ; |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |  |

3. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (СНИЛС):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ; |

 4. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 61 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022г ноября№ 709н (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, и в течение неограниченного срока после прохождения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации, членам аккредитационной комиссии (аккредитационной подкомиссии), Методическому центру аккредитации специалистов, 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, в том числе третьим лицам (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  Подтверждаю, что документы в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или) моим |

представителем не подавались.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |  | (подпись) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  |  20 | 23 | г. |