

Образец заполнения анкеты, разборчиво, исправлений

Председателю аккредитационной комиссии
Минздрава России
в Кемеровской области - Кузбассе
К.В. Сибилю

от Иванова
Ивана Ивановича
(Ф.И.О. полностью)

тел. 8-900-456-78-90
адрес
электронной почты ivanov@mail.ru

страховой номер индивидуального
лицевого счета 123-456-789 00
01.01.1980

(дата рождения)
650056, г. Кемерово,
Ворошилова, д.22а,
кв.1
(адрес регистрации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я, Иванов Иван Иванович информирую, что успешно
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

завершил(а) освоение образовательной программы по специальности (направлению подготовки)
Терапия, что подтверждается дипломом об окончании ординатуры
натуроз 810016 005834, регистрационный номер 512, дата выдачи 08.07.2019
(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
процедур аккредитации специалиста, начиная с первого/второго/третьего этапа
(процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго/третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: паспорт 3200 124564, выдан 01.08.2000
(серия, номер,
отделом УФМС России по Кемеровской области в г. Юрга ;
сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)
2. Документа(ов) об образовании: диплом об окончании ординатуры ;
3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: 123-456-789 00 ;
4. Иных документов: копия свидетельства о заключении брака,
копия свидетельства о смене имени ;

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 Сибиля Кирилла Валерьевича на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании и результатах прохождения процедуры 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.

Иванов И.И.
(Ф.И.О.)

[Подпись]
(подпись)

«20» 10 2020 г.