

(Образец заполнения)

В центральную аккредитационную комиссию/
Аккредитационную комиссию субъекта
Российской Федерации
(нужное подчеркнуть)
От Ивановой
Иванны Ивановны
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
27 марта 1980 года
(дата рождения)
г. Красноярск, улица Воронова, дом 36,
квартира 10
(адрес регистрации)
+7(903)123-45-67
(контактный номер телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о допуске к аккредитации специалиста

Я, Иванова Иванна Ивановна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение программ повышения квалификации, что подтверждается прилагаемыми копиями документов и портфолио.

Прошу допустить меня до прохождения процедуры периодической аккредитации специалиста по специальности: «Сестринское дело в педиатрии»

Приложение:

1. Портфолио на 5 л.;

2. Копия документа, удостоверяющего личность: паспорт 00 04 123456,

Выдан 31.06.2001г. отделом УВД Центрального района г. Красноярск

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии) или свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии): 07243100502009

(нужное подчеркнуть)

03.03.2017 г. Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования «Красноярский краевой центр
медицинского образования»

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

4. Копии документов о высшем образовании и о квалификации или о среднем
профессиональном образовании, или выписка из протокола заседания государственной
экзаменационной комиссии: диплом 112424 0383692,
25.06.2013 г., Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение «Канский медицинский техникум» г. Канск, Красноярский край

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

5. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период: удостоверение 24 086362, 03.03.2017 г Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Красноярский краевой центр медицинского образования»;

Удостоверение 24 1516282 от 26.07.2021 «Вопросы оказания специализированной медицинской помощи населению при гриппе, острых респираторных вирусных инфекциях, в том числе коронавирусной инфекции COVID-19, внебольничных пневмониях»

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

6. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:
№ 027-923-341-00

7. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством Российской Федерации о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии).

8. Копии иных документов (при наличии): Свидетельство о заключении брака П-БА № 603499 от 11.01.2017 г., выписка из приказа № 36 А о присвоении второй квалификационной категории по специальности «сестринское дело в педиатрии»

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 центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) 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 (адресам): eklvz@mail.ru

(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона: 8 952 123 32 13

(контактный номер телефона)

Иванова Иванна Ивановна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

"13"09.2021г