Приложение N 4

к Положению об аккредитации

специалистов, утвержденному

приказом Министерства

здравоохранения

Российской Федерации

от 22 ноября 2021 г. N 1081н

Рекомендуемый образец

 В центральную аккредитационную комиссию/

 аккредитационную комиссию

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

 (дата рождения)

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

 (адрес регистрации)

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

 (контактный номер телефона)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о допуске к периодической аккредитации специалиста

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Приложение:

 1. Портфолио на \_\_\_ л.;

 2. Копия документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 3. Копия сертификата специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 сертификационного экзамена

 4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:

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

 5. Копии документов о образовании и о квалификации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей

 его организации)

 6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или

присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального

образования - профессиональной переподготовки (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей

 его организации)

 7. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении

программ повышения квалификации за отчетный период: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей

 его организации)

 8. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии):

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

 (специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации,

 свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии)

 9. 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).

 10. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 55 Положения об

аккредитации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 22 ноября 2021 г. N 1081н (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г.

N 152-ФЗ "О персональных данных" [<1>](#P96) 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес электронной почты)

 или сообщить по номеру телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (контактный номер телефона)

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

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

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

--------------------------------

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2021, N 1, ст. 58.