

Председателю АПК "Сестринское дело"
Т.Г. Костылевой

от _____

(Ф.И.О. полностью)

тел. _____

e-mail _____

СНИЛС _____

(адрес регистрации, ИНДЕКС)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я, _____ (фамилия, имя, отчество) информирую,
что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности 34.02.01
Сестринское дело, что подтверждается Дипломом СПО № _____,
выдан _____ дата выдачи _____.

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность по специальности на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры аккредитации специалиста начиная с первого этапа.

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: _____ серия _____ № _____
выдан: _____,
_____ , код подразделения _____, дата выдачи _____;
2. Документ об образовании: _____, выдан _____
_____, № _____, дата выдачи _____;
3. СНИЛС: _____;
4. Документ о смене фамилии (при необходимости): _____;
5. Военный билет (при наличии): _____;

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»¹ 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 Т.Г. Костылевой 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.

(Ф.И.О.)

(подпись)

« _____ » _____ 2020