

Председателю аккредитационной подкомиссии

А.Н.Рыбас

от Иванова Ивана Ивановича

Телефон 89286548596

Адрес электронной почты ivanov1990@mail.ru

Страховой номер индивидуального

лицевого счета 305-614-654 05

Дата рождения 01.01.1997

Адрес регистрации 355012, Ставропольский край,  
г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, кв. 15

## **ЗАЯВЛЕНИЕ о допуске к аккредитации специалиста**

Я, Иванов Иван Иванович информирую, что успешно завершил (а) освоение образовательной программы по специальности «Онкология», что подтверждает Диплом об окончании ординатуры, серия ПП СТ, № 521654, выдан 28 июня 2020 года, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ.

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: паспорт гражданина Российской Федерации, серия 0702, № 525252, выдан 13 марта 2018 года, ГУ МВД России по Ставропольскому краю

2. Документа (ов) об образовании:

2.1. Диплом ВО, серия ПП СТ, № 521654, выдан 28 июня 2018 года, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

2.2. Диплом об окончании ординатуры, серия ПР12, № 987654, выдан 28 июня 2020 года, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: 305-614-654 05

4. Иных документов:

4.1. Информированное согласие на проведение первого этапа аккредитации специалиста с использованием дистанционных технологий;

4.2. Расписка об ознакомлении аккредитуемого с условиями проведения этапов аккредитации в очном режиме.

4.3. \_\_\_\_\_.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам аккредитационной подкомиссии под председательством О.В. Гунченко 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)

\_\_\_\_\_  
(Дата)