

Председателю аккредитационной комиссии
О.В. Оришак
от

_____ телефон

_____ Адрес электронной почты

_____ Страховой номер индивидуального лицевого счета

_____ Дата рождения

_____ Адрес регистрации

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о допуске к аккредитации специалиста**

Я, _____ информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности _____, что подтверждается Диплом СПО, серия _____, № _____, выдан: «___» _____ 20___, Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение «Волгоградский медицинский колледж».

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

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: Паспорт, серия: _____, № _____, выдан: «___» _____ 20___, _____.
2. Документа об образовании: Диплом СПО серия _____, № _____, выдан: «___» _____ 20___, Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение «Волгоградский медицинский колледж».
3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: _____.
4. Иных документов: _____.

В соответствии со статьей 9 ФЗ от 27.07.2006г. №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 по председательством О.В.Оришак 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: «___» _____ 20___ г.