

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

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.