|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| В аккредитационную подкомиссию |
| от  Ивановой |
| Елены Ивановны |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| 01.01.1999 |
| (дата рождения) |
| 443311, г. Самара, |
| ул. Ташкентская, д.100, кв.1 |
| (индекс, адрес регистрации) |
| 443001, г. Самара, |
| Пр-т Ленина, д.1, кв.2 |
| (индекс, адрес фактического проживания) |
| 8 900 000 00 00 |
| (контактный номер телефона) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**О ДОПУСКЕ К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванова Елена Ивановна  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы среднего профессионального образования по специальности

\_\_\_\_\_Сестринское дело\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, что подтверждается дипломом о профессиональной переподготовке серия 0000 номер 000000

(реквизиты документа о среднем профессиональном образовании с приложениями или иного документа,

выдан 01.10.2021 ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Прошу допустить меня до прохождения первичной специализированной аккредитации по специальности Сестринское дело, начиная с первого этапа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(начиная с первого/второго/третьего этапа)

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: паспорт серия 0000 номер 000000 выдан ГУ МВД России по Самарской области 01.10.2013\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

2. Копии документов об образовании и о квалификации:

диплом о среднем профессиональном образовании серия 0000 номер 000000 выдан 01.07.2005 ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

3. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение или присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования - профессиональной переподготовки:

диплом о профессиональной переподготовке серия 0000 номер 000000 выдан 27.12.2021 ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

4. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_123-456-789 11\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Копия сертификата специалиста (при наличии):\_\_\_серия 0000 номер 000000 выдан 20.05.2017\_ ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

6. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии): по специальности Акушерское дело, выписка из протокола от 11.07.2021 № 7, ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, номер свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии))

7. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии):\_серия ХЩ номер 000000 (или сведения из электронной трудовой книжки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

8. Копии иных документов, подтверждающих факт изменения фамилии, имени, отчества (при наличии): свидетельство о браке серия БЮ номер 000000.

В соответствии со [статьей 9](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=395751#l49) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 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, 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:\_\_\_\_\_\_ivanovaei@yandex.ru\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона:\_\_\_\_8 900 000 00 00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(контактный номер телефона)

|  |  |
| --- | --- |
| V | Подтверждаю, что документы в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или) моим представителем не подавались. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Иванова Елена Ивановна |  |  |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |  | (подпись) |

"\_10\_" \_марта\_\_ 2022\_ г.