

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ

Для прохождения первичной аккредитации аккредитуемые представляют в аккредитационную комиссию следующий пакет документов:

1. Заявление о допуске к аккредитации специалиста на имя председателя аккредитационной комиссии (приложение 1);
2. Копия документа о среднем профессиональном образовании (с приложениями);
3. Копия паспорта (главная страница и страница с пропиской);
4. Копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);
5. Копия трудовой книжки (при наличии).

ДОКУМЕНТЫ МОЖНО ПОДАТЬ:

-ПОСРЕДСТВОМ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

В электронной форме (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов) на электронную почту medkol4opk@mail.ru.

- ЛИЧНО

По адресу: Камышинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж", г. Камышин, ул. Воинов-Интернационалистов, 8, каб. № 1.9, понедельник - пятница с **08.00** до **16.00**.

Прием документов от заявителя осуществляется в средствах индивидуальной защиты (маска/респиратор).

Председателю аккредитационной комиссии

(инициалы, фамилия)

от

(Ф.И.О. полностью)

телефон

адрес электронной почты:

страховой номер индивидуального лицевого счета:

Дата рождения:

Адрес регистрации:

Заявление о допуске к аккредитации специалиста

Я,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности (направлению подготовки) _____, что подтверждается _____

(реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании

(с приложением или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)
Учитывая, что я намерен(а) осуществлять _____

(медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/должности, в соответствии с номенклатурой)
на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения

(процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго//третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность _____

(серия, номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем органе)

2. Документа(ов) об образовании: _____

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: _____

4. Иных документов: _____

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 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 под председательством _____ 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.)

"___" ____ 20 ____ г.

(подпись)