Председателю аккредитационной подкомиссии

И.И. Байковой

от Ивановой Илоны Александровны

Телефон 89030508631

Адрес электронной почты Ilona62@gmail.com

Страховой номер индивидуального лицевого счета 129-255-437 91

Дата рождения 21.06.2001

Адрес регистрации Республика Марий Эл, Медведевский район,

с. Шойбулак, ул. Советская, д. 1, кв. 25

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к аккредитации специалиста**

Я, Иванова Илона Александровна, информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности Сестринское дело, что подтверждается дипломом о среднем профессиональном образовании с приложениями серия 111224 № 3794518, выдан 30.06.2020 г. ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж» (либо выписка из Протокола заседания Государственной экзаменационной комиссии по присвоению квалификации и выдаче дипломов).

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 сканкопии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: Паспорт гражданина Российской Федерации, серия 8506, № 150311, выдан 13 июля 2013 года, отделом УФМС России по Республике Марий Эл в п. Медведево
2. Документа(ов) об образовании: диплом серия № , выдан

(либо выписка из Протокола заседания Государственной экзаменационной комиссии по присвоению квалификации и выдаче дипломов)

1. Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования:
2. Иных документов: (например: свидетельство о браке – при смене фамилии)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. «125-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 подкомиссии под председательством И.И. Байковой на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемы 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