*Приложение N 4*

*к Положению об аккредитации*

*специалистов, утвержденному приказом*

*Министерства здравоохранения*

*Российской Федерации*

*от 28 октября 2022 г. N 709н*

*Рекомендуемый образец*

|  |  |
| --- | --- |
|  | В центральную аккредитационную подкомиссию/аккредитационную комиссию |
|   | от |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | (дата рождения) |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | (страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица) |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | (адрес регистрации с индексом) |
|   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | (адрес фактического проживания с индексом) |
|   |  + |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | (контактный номер телефона) |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | (личный адрес электронной почты) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОПУСКЕ К ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |   |
|   | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |

информирую, что успешно завершил(а) освоение программ повышения квалификации, что подтверждается прилагаемыми копиями документов и портфолио.

Прошу допустить меня до прохождения процедуры периодической аккредитации специалиста по специальности:

|  |  |
| --- | --- |
|  | . |

Сообщаю следующие сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии):

|  |  |
| --- | --- |
|  | ; |
| (специальность, сведения о месте проведения аккредитации, номер и дата протокола аккредитационной комиссии (при наличии) |   |

Приложение:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Портфолио на |  |  |  |  л.; |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Копия документа, удостоверяющего личность: |   |   | ; |
|  |   |   |   |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) |   |
| 3. Копия сертификата специалиста (при наличии): |   |   | ; |
|   | (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена) |   |
| 4. Копии документов об образовании и о квалификации:  |   |   |   |
|   |   |   | ; |
| (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации) |   |

5. Копии документов о квалификации, подтверждающих присвоение квалификации по результатам дополнительного профессионального образования - профессиональной переподготовки (при наличии):

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

6. Копии документов о квалификации, подтверждающих повышение квалификации за отчетный период:

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

7. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством Российской Федерации о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии).

8. Копия выписки из акта органа государственной власти или организации, создавших аттестационную комиссию, о присвоении специалисту, прошедшему аттестацию, квалификационной категории (присвоенной в текущем году или году, предшествующему году подачи документов для прохождения периодической аккредитации)

|  |  |
| --- | --- |
|  | ; |
| (номер и дата акта о присвоении квалификационной категории, наименование аттестационной комиссии) |   |

9. Копии иных документов, предусмотренных пунктом 89 или пунктом 90 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. N 709н (при наличии):

|  |  |
| --- | --- |
|  | . |

При заполнении пункта 8 заявления о допуске к периодической аккредитации специалиста (далее - заявление), пункты 3, 4, 5 и 7 заявления и сведения о прохождении аккредитации специалиста не заполняются.

В соответствии со [статьей 9](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=430502#l50) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" <1> в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, и в течение неограниченного срока после прохождения 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, в том числе третьим лицам (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   |   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) |   | (подпись) |

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

--------------------

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2022, N 29, ст. 5233.