

Председателю аккредитационной комиссии Сабирзяновой Д.Ш.

от _____
(Ф.И.О. полностью)

тел. _____

e-mail _____

СНИЛС _____

_____ (дата рождения, адрес регистрации)

я, _____
(фамилия, имя, отчество)

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Дипломом о высшем медицинском образовании

Серия _____ № _____

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность в должности врача-стоматолога на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации с первого этапа Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: _____

(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его 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 года №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 / подкомиссии под председательством Бородулина С.В. 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)

«__» июня 2017 г.