

Председателю аккредитационной комиссии
Ю.А. Фроловой

от _____

(Ф.И.О. полностью)

тел. _____

адрес _____

электронной почты _____

страховой номер индивидуального
лицевого счета _____

(дата рождения, адрес регистрации)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ЗАЯВКА

для прохождения первичной специализированной аккредитации специалиста
в 1 квартале 2022 года

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность _____

(по специальности в соответствии с номенклатурой)

на территории Российской Федерации,

что подтверждается _____

(реквизиты документа о профессиональной переподготовки,

свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

В соответствии со [статьей 9](#) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" <2> 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 Фроловой Юлии Александровны 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)

"__" _____ 20__ г.