Приложение N 2

 к Положению об аккредитации

 специалистов, утвержденному приказом

 Министерства здравоохранения РФ

 от 2 июня 2016 г. N 334н

 Рекомендуемый образец

 Председателю аккредитационной комиссии

 **Софронову С.В.**

 (инициалы, фамилия)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. полностью)

 тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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)\* **33.05.01 Фармация**,

что подтверждается **дипломом о высшем образовании**

№\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **провизора**

 (реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации

**с приложением**.

 (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании

 (с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании

 освоения образовательной программы)

 Учитывая, что я намерен(а) осуществлять **фармацевтическую деятельность**

 **в должности провизора**

(медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности,

 в соответствии с номенклатурой)

на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения

**процедуры аккредитации с первого этапа**.

 (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 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 г.

N 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 **Софронова 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)

**"27" июня 2016г.**