|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю аккредитационной комиссии Министерства здравоохранения России в Приморском крае для проведения аккредитации специалистов, имеющих высшее медицинское образование (специалитет) А.Г. Мухотинойот Ф.И.О. (полностью) |

Заявка на участие в первичной аккредитации специалистов

Прошу разрешить прохождение первичной аккредитации специалистов по специальности *«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»* в 2020 году на базе аккредитационного центра ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России.

Предоставляю персональные данные для оформления допуска к проведению аккредитации специалистов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п.п.** | **Наименование** | **Данные** |
| 1 | ФИО |  |
| 2 | Пол |  |
| 3 | Гражданство |  |
| 4 | Отношение к военной службе |  |
| 5 | СНИЛС (формат 01234567890) |  |
| 6 | Телефон (формат 89261234567) |  |
| 7 | Адрес электронной почты |  |
| 8 | Дата рождения (формат дд.мм.гггг) |  |
| 9 | Адрес регистрации (индекс, регион, город, улица, дом, квартира) |  |
| 10 | Вид документа удостоверяющего личность |  |
| 11 | Серия документа |  |
| 12 | Номер документа |  |
| 13 | Дата выдачи документа (формат дд.мм.гггг) |  |
| 14 | Кем выдан документ |  |
| 15 | Уровень образования |  |
| 16 | Специальность по диплому |  |
| 17 | Серия документа об образовании |  |
| 18 | Номер документа об образовании |  |
| 19 | Дата выдачи документа об образовании (формат дд.мм.гггг) |  |
| 20 | Кем выдан документ об образовании |  |

Согласие на обработку персональных данных прилагается.

Подпись

Дата заполнения