Председателю аккредитационной комиссии

Приморского края

Мухотиной Александре Григорьевне

от Иванова Ивана Ивановича

(Ф.И.О. полностью)

тел. 8 914 111 22 33

адрес эл. почты Ivanov\_ii@mail.ru

дата рождения: 11.12.1998

адрес регистрации с индексом: 690001,

г. Владивосток, Океанский проспект,

д. 165, кв. 45.

­­­­­­­­

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я, Иванов Иван Иванович,

(фамилия, имя, отчество (полностью)

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы высшего медицинского образования по направлению подготовки (указать): лечебное дело

(педиатрия, медико-профилактическое дело, стоматология. медицинская биохимия, медицинская биофизика),

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения

Первичной аккредитации.

(форма аккредитации специалиста)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: (паспорт: серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе, код подразделения):

05 02 123456, выдан 25.01.1992г. ОУФМС в Ленинском районе по ПК, код подразделения 250-001

2. Документа(ов) об образовании: (диплом об окончании ВУЗа, указать, серию, номер, кем выдан, дата выдачи): при наличии на момент подачи заявления

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

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

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

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования:

123-456-789-01

4. Иных документов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Подпись (факсимиле вручную)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка)