

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_I@mail.ru

дата рождения: 11.12.2000

адрес регистрации с индексом: 690001, г.
Владивосток, Океанский проспект,
д.65, 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 (специалитет, ординатура, первичная
переподготовка по специальности указать) **лечебное дело, специалитет,**

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): паспорт 05 02 123456,
выдан 25.01.1992г. ОУФМС в Ленинском районе по ПК, код
подразделения 250-001.
2. Документа о высшем медицинском образовании: (диплом об окончании ВУЗа, указать,
серию, номер, кем выдан, дата выдачи): диплом о ВО 123456 456789, выдан
ФГБОУ ВО ТГМУ Иванову Ивану Ивановичу по специальности
Лечебное дело, рег. номер 2423, дата выдачи 25 июня 2023 года.
3. Документа о дополнительном образовании (диплом об окончании ординатуры или ИП,
указать серию, номер, кем выдан, дата выдачи): **заполняется только для первичной
специализированной аккредитации, для первичной не надо.**
4. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: 123-456-789-01
5. Иных документов (свидетельство о браке при смене фамилии): **заполняется только
при смене фамилии при вступлении в брак или иных причинах, с указанием
фамилии до брака и после.**

Подпись



(Иванов И.И.)

(расшифровка)