

Председателю аккредитационной комиссии
Республики Тыва МОНГУШ Ш.А.

От **Саая Сайзаны Ужар-ооловны**

Телефон **8-912-3456-7899**

Адрес регистрации с

657001

почтовым индексом:

**Республика Тыва, г. Кызыл, ул. Лесная,
д. 172 кв. 334**

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРВИЧНУЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ АККРЕДИТАЦИЮ

Я, **Саая Сайзана Ужар-ооловна**

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы среднего профессионального образования по специальности (направлению подготовки), что подтверждается:

ДИПЛОМ О СПО: серия 000000 № 123456 выдан ГБПОУ РТ «РМК» от 20.06.2018г квалификация «Сестринское дело»

ДИПЛОМ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКЕ: серия 00000 № 1234567890123456 выдан ООО «ВСЭКА» от 01.04.2025г по специальности «Функциональная диагностика» 288ч

прошу допустить меня до прохождения ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ по специальности: **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Приложения:

1. Копия документа, удостоверяющего личность (паспорт) *есть*
2. Копия диплома о СПО *есть*
3. Копия диплома о СП *есть*
4. Копии СНИЛС *есть*
5. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии) *есть / нет*
6. Копия иных документов предусмотренных п. 61 Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом МЗ РФ от 28.10.2022 №709н:
свидетельство о браке *есть / нет*
свидетельство о перемене имени, фамилии или отчества *есть / нет*

Отношение к военной службе (нужное подчеркнуть!!!):

ВОЕННООБЯЗАННЫЙ - находится на воинском учёте и зачислено в запас Вооружённых сил,

ВОЕННОСЛУЖАЩИЙ – на военной службе по призыву или по контракту в настоящее время,

НЕВОЕННООБЯЗАННЫЙ – лицо, не подлежащее призыву в войска

ПРИЗЫВНИК – не зачисленный в запас мужчина призывного возраста — от 18 до 27 лет

Электронная почта:

pochtaSaayaSaiz99@mail.ru

(печатными буквами без пробелов)

Да Подтверждаю, что документы в другие аккредитационные подкомиссии мной и/или моим представителем не подавались.

Да 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 подкомиссии под председательством Федяковой М.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.

Дата заполнения

« 15 » сентября 2025г

Подпись **Саая**