СВЕДЕНИЯ ДЛЯ ДОПУСКА К АККРЕДИТАЦИИ

Вид аккредитации_____
(первичная, первичная специализированная)

☐ Подтверждаю ПОВТОРНОЕ прохождение аккредитации (с одной попыткой)

Специальность: _____

Ф.И.О. (полностью): _____

_____

СНИЛС
(страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования) | | | | | | | | | | | |

Адрес регистрации:_____

_____

Индекс (по месту регистрации) _____

Отношение к воинской обязанности: _____
(военнообязанный, невоеннообязанный)

Телефон: | 8 | | | | | | | | | | |

E-mail: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
(адрес электронной почты)

☐ Подтверждаю, что документы, необходимые для прохождения аккредитации, в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или) доверенным лицом не подавались.

«____»_____20____г. _____/_____
(подпись, расшифровка)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, **Я даю согласие** Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам аккредитационной подкомиссии 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.

«____»_____20____г. _____/_____
(подпись, расшифровка)