

ИНСТРУКЦИЯ

по подаче документов в дистанционной форме заказным письмом

Внимание! Факт приема пакета документов, предоставленных заказным письмом, осуществляется по **штампу получения!** В случае получения письма по завершению срока приема документов, документы не принимаются и содержимое письма подвергается утилизации в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ.

Обратите внимание! *Время приема документов в последний день подачи заявлений **до 13:00** (по московскому времени). Документы, предоставленные в иные сроки и время, не будут рассмотрены аккредитационной подкомиссией!*

Письмо можно отправить по адресу: индекс: 305041 г. Курск ул. К. Маркса 3, отдел допуска к медицинской деятельности ИНО.

Телефон: (4712) 58-81-45

Ф.И.О. получателя: кабинет 236

Общие требования:

- при копировании документов рекомендуется избегать образования на копиях затемнений, полос, пятен, теней, изображения посторонних предметов и т.п.;
- копирование документа с бумажного носителя производится в масштабе 1:1.

Перечень необходимых документов:

1. Копия паспорта (разворот 1 страницы, прописка, сведения о ранее выданных паспортах (стр. 19));
2. Копия СНИЛС;
3. Копия диплома об окончании Вуза с приложением к диплому;
4. Копия диплома о прохождении профессиональной переподготовке с приложением к диплому (*если она имеется*);
5. Копия документа о послевузовском профессиональном образовании с приложением (*ординатура, интернатура*)¹;
6. Копия трудовой книжки (при наличии);
7. Согласия на обработку персональных данных (*расположено на 3 странице данной инструкции*). *Согласие необходимо скачать, распечатать, заполнить, поставить личную подпись, отправить оригинал со всем пакетом документов.*
8. Заявление о рассмотрении пакета документов для подачи заявки (*расположено на 4 странице данной инструкции*). *Образец необходимо скачать, распечатать, заполнить, поставить личную подпись.*
9. На отдельном чистом листе формата А4 предоставляется дополнительная информация согласно таблицы представленной на 5 странице данной инструкции.

¹ На основании Приказа Минздрава России от 08.10.2015 г № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».

Образец необходимо скачать, распечатать, заполнить, поставить личную подпись.

Лица, имеющие документы на разные фамилии (или другие персональные данные) должны предоставить ксерокопию подтверждающего документа (свидетельство о браке, разводе и т.д.)

По результату приема документов в течение 48 часов с момента получения письма информация о факте приема документов или отказа в приеме документов с указанием причины поступит на указанный Вами номер телефона или адрес электронной почты.

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, _____		
<i>(фамилия)</i>	<i>(имя)</i>	<i>(отчество)</i>
<i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<i>(номер основного документа, удостоверяющего личность)</i>	
<i>(сведения о дате выдачи указанного документа)</i>	<i>(сведения о выдавшем указанный документ органе)</i>	
зарегистрированный по адресу: _____		
	<i>(адрес)</i>	

принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе:

фамилия, имя, отчество; адрес регистрации; сведения об образовании; контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты; номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; сведения о воинском учете; сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данных медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством;

и даю согласие своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящее согласие на обработку персональных данных секретарю аккредитационной подкомиссии по специальности _____

с целью

- передачи данных в Министерство здравоохранения для проведения аккредитации специалистов на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- размещения на официальном сайте университета результатов прохождения первичной аккредитации специалистов и первичной специализированной аккредитации специалистов.

Обработка персональных данных может осуществляться как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом. Университет вправе осуществлять хранение персональных данных, электронных документов в электронных базах данных включительно.

Способы обработки персональных данных:

сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (распространение), передачу (предоставление), передачу (доступ), удаление, уничтожение.

Данное согласие на обработку персональных данных действует 7 (семь лет) с момента его предоставления.

Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.

Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных во время проведения процедуры аккредитации специалиста.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____
(личная подпись) *(инициалы, фамилия)*

Ответственному секретарю
аккредитационной комиссии
Разиньковой И.Е.

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять и рассмотреть документы для допуска к первичной
/первичной специализированной/периодической аккредитации по
(нужное подчеркнуть)

специальности _____.

дата

_____/_____
подпись / расшифровка

Наименование	Данные
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Пол	
Гражданство	
Отношение к военной службе: (военнообязанный/невоеннообязанный/ призывник/служащий таможенных органов)	
Телефон	
Адрес электронной почты	
Индекс	
Адрес регистрации	