

ИНСТРУКЦИЯ по подаче документов в очной форме

Прием документов осуществляется в отделе допуска к медицинской деятельности ИНО, расположенном в главном корпусе КГМУ на 2-м этаже, каб. 236, контактный телефон – (4712) 58-81-45

Время приема документов:

Дни недели	Время приема	Перерыв
Понедельник-пятница	с 09:00 до 17:00	Перерыв с 13:00-14:00

Обратите внимание! *Время приема документов в последний день подачи заявлений с 9:00 до 13:00 (по московскому времени). Документы, предоставленные в иные сроки и время, не будут рассмотрены аккредитационной подкомиссией!*

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. Заявление о рассмотрении пакета документов (расположено на 3 странице данной инструкции).
8. Согласие на обработку персональных данных (расположено на 2 странице данной инструкции).
9. На отдельном чистом листе формата А4 предоставляется дополнительная информация согласно таблицы представленной на 4-й странице данной инструкции.

Внимание! При себе необходимо иметь оригиналы всех предоставляемых документов для удостоверения их подлинности.

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

Документы должны быть предоставлены в полном объеме, при отсутствии одного или нескольких документов, их прием не осуществляется. По результату приема документов, на руки Вам выдается расписка.

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».

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, _____
(фамилия) (имя) (отчество)

(основной документ, удостоверяющий личность) (номер основного документа, удостоверяющего личность)

(сведения о дате выдачи указанного документа) (сведения о выдавшем указанный документ органе)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес)

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	