

## ИНСТРУКЦИЯ

### по подаче документов в дистанционной форме через электронную почту

**Внимание!** Прием документов осуществляется при предоставлении пакета документов в одном письме с адреса личной электронной почты потенциального аккредитуемого (*т.е. с одного электронного адреса, должно быть отправлено 1 письмо*).

Сканирование и/или фотографирование документов должно обеспечивать машиночитаемое распознавание текста и реквизитов!

**В случае внесения некорректных/недостоверных данных, отсутствия требуемых скан-копий в приложенных файлах, неполного заполнения приложенных форм - комиссия отказывает в приеме документов и рассматривает вновь поданные документы, представленные повторно только в полном объеме!**

Адрес электронной почты для предоставления пакета документов:  
[acredkgmu@kursksmu.net](mailto:acredkgmu@kursksmu.net)

*В теме письма указать фамилию и специальность (пример: Иванов - терапия).*

Прием документов осуществляется отделом допуска к медицинской деятельности ИНО, контактный телефон (4712) 58-81-45.

**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!

#### **Общие требования к предоставляемым документам:**

при сканировании (фотографировании) документов рекомендуется избегать образования на копиях затемнений, полос, пятен, теней, изображения посторонних предметов и т.п.;

каждый документ представляется в виде отдельного файла, с указанием в наименовании файла фамилии и инициалов аккредитуемого, а также вида документа и количества страниц (*например: Петрова А.В. копия паспорта на 2 стр., Иванов И.И. заявление на 1стр. и т.п.*);

сканирование документа с бумажного носителя производится в масштабе 1:1; размер всех файлов электронного документа не должен превышать 20 Мб; все представляемые файлы должны быть присланы в одном формате: PDF

#### **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 совместно с приложением к диплому;
4. Копия диплома о прохождении профессиональной переподготовки совместно с приложением к диплому (*если она имеется*);

5. Копия документа о послевузовском профессиональном образовании совместно с приложением (ординатура, интернатура)<sup>1</sup>;

6. Копия трудовой книжки *(при наличии)*;

7. Согласие на обработку персональных данных *(расположено на 3 странице данной инструкции)*. *Согласие необходимо скачать, распечатать, заполнить, поставить личную подпись, отсканировать или отфотографировать, обеспечивая машиночитаемое распознавание текста и реквизитов.*

8. Заявление о рассмотрении пакета документов *(расположено на 4 странице данной инструкции)*. *Образец необходимо скачать, распечатать, заполнить, поставить личную подпись, отсканировать или отфотографировать, обеспечивая машиночитаемое распознавание текста и реквизитов.*

9. На отдельном чистом листе формата А4 предоставляется дополнительная информация согласно таблицы представленной на 5 странице данной инструкции. *Образец необходимо скачать, распечатать, заполнить, поставить личную подпись, отсканировать или отфотографировать, обеспечивая машиночитаемое распознавание текста и реквизитов.*

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 на адрес электронной почты, с которой получен пакет документов, будет отправлена информация о факте приема документов или отказа с указанием причины в течение 48 часов.

**Перед прохождением 1 этапа аккредитации члены АПК вправе потребовать оригиналы представленных документов для верификации представленных данных**

---

<sup>1</sup> 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

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