

Председателю аккредитационной  
комиссии для проведения  
аккредитации специалистов,  
имеющих высшее медицинское  
образование, в Курской области  
С.М. Шевченко

\_\_\_\_\_  
ФИО

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_  
серия номер кем, когда выдан

СНИЛС \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

## **ЗАЯВЛЕНИЕ**

### **о внесении сведений о результатах прохождения аккредитации**

Прошу Вас внести сведения о результатах прохождения первичной специализированной (периодической) аккредитации специалиста по специальности \_\_\_\_\_ в аккредитационной комиссии для проведения аккредитации специалистов, имеющих высшее медицинское образование, в Курской области на базе Федерального аккредитационного центра ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России в ранее выданное свидетельство об аккредитации специалиста в соответствии с протоколом № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г..

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_