**Приложение 5.**

**Председателю аккредитационной комиссии по Курской области** для проведения аккредитации специалистов, имеющих высшее медицинское образование (специалитет, ординатура, бакалавриат, магистратура)

С.М. Шевченко

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. полностью)

**заявка на участие в первичной аккредитации специалистов**

Прошу разрешить прохождение первичной аккредитации специалистов по специальности *«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»* в 2020 году **на базе ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России.**

**Предоставляю персональные данные для оформления допуска к проведению аккредитации специалистов:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п.п.** | **Наименование** | **Данные** |
| 1 | Фамилия |  |
| 2 | Имя |  |
| 3 | Отчество |  |
| 4 | Пол |  |
| 5 | Гражданство |  |
| 6 | Отношение к военной службе |  |
| 7 | СНИЛС (формат 01234567890) |  |
| 8 | Телефон (формат 89261234567) |  |
| 9 | Адрес электронной почты |  |
| 10 | Дата рождения (формат дд.мм.гггг) |  |
| 11 | Индекс (формат 123456) |  |
| 12 | Адрес регистрации |  |
| 13 | Вид документа (удостоверение личности) |  |
| 14 | Серия документа |  |
| 15 | Номер документа |  |
| 16 | Дата выдачи документа (формат дд.мм.гггг) |  |
| 17 | Кем выдан документ |  |
| 18 | Уровень образования  | - высшее образование (ВО) |
| 19 | Специальность по диплому |  |
| 20 | Серия документа об образовании |  |
| 21 | Номер документа об образовании |  |
| 22 | Дата выдачи документа об образовании (формат дд.мм.гггг) |  |
| 23 | Кем выдан документ об образовании |  |

 Согласие на обработку персональных данных прилагается.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата подпись