**ВНИМАНИЕ**

**студентам-выпускникам 2021 г, желающим пройти процедуру первичной специализированной аккредитации на площадке ГАУ ДПО НО ЦПКПП СЗ в июле 2021 года.**

1. **Студентам НМК, которые обучаются или уже обучились в Нижегородском ЦПК в 2021 году по программе профессиональной переподготовки,** необходимо заполнить шаблон списка аккредитуемых, размещенный на сайте нашего Центра <http://cpkmetod.ru/pervich_akreditaciya.html> , и прислать его на адрес Аккредитационной комиссии accredocpk@mail.ru в срок **до 20 июня 2021 года.**

**При условии успешного завершения первичной аккредитации в колледже**, в период **с 28 июня по 1 июля 2021 года** необходимо представить в аккредитационную подкомиссию следующие документы:

- заявление о допуске к первичной специализированной аккредитации (см. ниже, ФИО председателя аккредитационной подкомиссии заполняется при приеме документов);

- копия документа о среднем профессиональном образовании
(с приложениями);

- копия выписки из протокола заседания Аккредитационной комиссии. Аккредитуемый предоставляет документы лично по адресу: г. Нижний Новгород, ул. Семашко, д.22, корпус 2, этаж 2, кабинет 31 (Ромашкиной Татьяне Николаевне) с 9.00 до 16.00.

2. **Студентам, которые обучались по программе профессиональной переподготовки** **в Нижегородском медицинском колледже и в Арзамасском медицинской колледже,** необходимо заполнить шаблон списка аккредитуемых, размещенный на сайте нашего Центра <http://cpkmetod.ru/pervich_akreditaciya.html> , и прислать его на адрес Аккредитационной комиссии accredocpk@mail.ru в срок **до 20 июня 2021 года.**

**При условии успешного завершения первичной аккредитации в колледже**, в период **с 28 июня по 1 июля 2021 года** необходимо представить в аккредитационную подкомиссию следующий пакет документов:

* заявление о допуске к аккредитации специалиста (см. ниже - ФИО председателя аккредитационной подкомиссии заполняется при приеме документов);
* копия документа о среднем профессиональном образовании
(с приложениями);
* копия паспорта;
* копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
* копия диплома о профессиональной переподготовке (с приложениями);
* копия выписки из протокола заседания Аккредитационной комиссии;
* копия трудовой книжки (при наличии).

Аккредитуемый предоставляет документы лично по адресу: г. Нижний Новгород, ул. Семашко, д.22, корпус 2, этаж 2, кабинет 31 (Ромашкиной Татьяне Николаевне) с 9.00 до 16.00.

Председателю аккредитационной подкомиссии

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

(инициалы, фамилия)

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (Ф.И.О. полностью)

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес

электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

страховой номер

индивидуального лицевого счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о допуске к первичной специализированной аккредитации специалиста**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

информирую, что успешно завершил(а) освоение дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_что подтверждается Дипломом о профессиональной переподготовке\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

реквизиты диплома о профессиональной переподготовке (серия, номер, дата выдачи, наименование образовательной организации)

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую деятельность по специальности

на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохожденияпроцедуры первичной специализированной аккредитации специалиста, начиная с первого/второго/третьего этапа.

 (нужное подчеркнуть)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

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

1. Диплома о профессиональной переподготовке:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер, дата выдачи, наименование образовательной организации)

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

1. Страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Иных документов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам аккредитационной подкомиссии под председательством\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании и результатах прохождения мной аккредитации специалиста, а именно согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Подтверждаю, что документы, необходимые для прохождения аккредитации специалиста, в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или) доверенным лицом не подавались.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

 (Ф.И.О.) (подпись)