

Председателю аккредитационной комиссии
Парфенову В.Е.
от Быковой Валентины Васильевны
тел. 89144282654
e-mail shvalova-92@mail.ru
СНИЛС 126- 690 – 835 -82
08.08.1992г.р.
Хабаровский край, г.Хабаровск,
ул.Энтузиастов д.9 кв 4

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, Быкова Валентина Васильевна

(фамилия, имя, отчество)

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности «Оториноларингология», что подтверждается дипломом о высшем образовании

(реквизиты документа о высшем образовании и о квалификации (с приложениями) или о среднем профессиональном образовании (с

приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

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

(медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности/в должности, в соответствии с номенклатурой)

на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры аккредитации специалиста начиная с первого этапа.

(процедуры аккредитации специалиста начиная с первого/второго/третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: паспорт гражданина РФ серия 0818 номер 515902 выдан УМВД России по Хабаровскому краю 24.07.2018

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

2. Документа(ов) об образовании: диплом о окончании ординатуры по специальности «Оториноларингология»

;

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: 126- 690
– 835 -82

4. Иных документов: _____;

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года №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 комиссии под председательством Парфенова В.Е. 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.

Быкова Валентина Васильевна

(Ф.И.О.)


(подпись)

«27»июня 2022г.