Председателю аккредитационной подкомиссии

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать ФИО председателя

от

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон

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

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

страховой номер индивидуального лицевого счета

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

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

О допуске к аккредитации специалиста

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, Иванова Ольга Ивановна информирую, что успешно завершила освоение образовательной программы по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , что подтверждается Дипломом ВО, серия: \_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, выдан (когда, кем). Учитывая, что я намерена осуществлять Медицинскую деятельность по специальности на территории РФ, прошу допустить меня до прохождения процедуры аккредитации специалиста начиная с первого этапа.

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность.

2. Документа об образовании.

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата