

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ
АККРЕДИТАЦИОННОЙ КОМИССИИ

для проведения аккредитации специалистов, имеющих среднее медицинское образование, в Республике Татарстан.

Председатель: О.С.Форстман

Ответственный секретарь: К.В.Низамутдинова

Состав аккредитационной комиссии утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.06.2019 г. №366.

Повестка заседания:

Об утверждении графика работы аккредитационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации в Республике Татарстан для приема заявлений от лиц на прохождение первичной аккредитации специалиста на 2019 год.

Решение:

1. Утвердить график работы аккредитационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации в Республике Татарстан для приема заявлений от лиц на прохождение первичной аккредитации специалиста (пересдача):

Дата приема заявлений	Часы работы АК	Место подачи заявлений, контактный телефон, e-mail	Наименование специальности для прохождения первичной аккредитации
16 - 20 сентября 2019 года	с 9.00 до 15.00	ГАПОУ «Казанский медицинский колледж» по адресу: г. Казань, ул. Мавлютова, д.34, каб. 217, 2 этаж (Чулпан Раисовна) 8(843)2292841 (внутр. телефон около охраны - 217), metod.kmk@tatar.ru	Лечебное дело, сестринское дело, стоматология ортопедическая
16 - 20 сентября 2019 года	с 9.00 до 15.00	ГАПОУ «Нижекамский медицинский колледж» по адресу: г. Нижнекамск, ул. Спортивная, д. 1, 2 этаж, учебная часть,	Сестринское дело

		8(8555)431143, 430861 <u>n_m_k@list.ru</u>	
--	--	---	--

2. Утвердить перечень документов для подачи: заявление (Приложение №1), копия паспорта (1 лист, лист с пропиской), копия СНИЛСа, копия диплома.

3. Иногородние лица могут подать сканированные документы и подписанное заявление в формате PDF на указанные электронные адреса.

4. На момент прохождения аккредитации всем лицам необходимо иметь оригиналы и копии **всех** указанных выше документов.

Председатель

О.С. Форстман

Ответственный секретарь

К.В. Низамутдинова

Председателю аккредитационной
комиссии

_____ (инициалы, фамилия)

от _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

тел. _____

e-mail _____

СНИЛС _____

_____ (дата рождения, адрес регистрации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я, _____ (фамилия, имя, отчество)

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности _____, что подтверждается _____ (в соответствии с номенклатурой)

_____ (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/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/второго/третьего этапа)

Прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность: _____ ;

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

2. Документа(ов) об образовании: _____ ;

_____ ;

3. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования: _____;

4. Иных документов: _____

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»¹ 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 _____ 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.

(Ф.И.О.)

(подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.