Исполнительному директору ООО «Институт дополнительного образования «Медэксперт»» Титовой Юлии Сергеевне,

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

(ваши ФИО полностью)

зарегистрированн (ого/ой) по адресу:

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

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

телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер документа об образовании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной программе

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

(указать *наименование программы*)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся Института дополнительно образования «Медэксперт», Правила приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Я осведомлен о том, что для получения образовательных услуг в ООО «Институт дополнительного образования «Медэксперт»», требуется наличие исправного компьютера, с программами поддерживающими форматы: .docx, .pdf, .pptx. Подтверждаю, что данные форматы поддерживаются, компьютер имеет бесперебойный доступ к сети Интернет (рекомендуемая скоростью соединения 15 Мбит/сек. и выше) и установлена компьютерная программа для просмотра веб-страниц в сети Интернет (браузер) один из следующих: MS Edge, Chrome, Yandex, Mozilla.

□ Я подтверждаю, что отсканированное изображение настоящего заявления, а также всех моих необходимых для зачисления документов имеет юридическую силу оригинала.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись, расшифровка)

Даю согласие на сбор и хранение в течение 5-ти лет моих персональных данных, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" обществом с ограниченной ответственностью «Институт дополнительного образования «Медэксперт»», находящегося по адресу: г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 21а, пом. 131 с целью обеспечения и ведения образовательного процесса, гражданско-правового и трудового взаимодействия

□ Я подтверждаю, что отсканированное изображение настоящего согласия, а также всех моих необходимых для зачисления документов имеет юридическую силу оригинала.

Субъект персональных данных:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", зарегистрированн(ый/ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

даю согласие на обработку моих персональных данных, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" обществом с ограниченной ответственностью «Институт дополнительного образования «Медэксперт»», находящегося по адресу: г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 21а, пом. 131, ОГРН 1182468038940 с целью обеспечения и ведения образовательного процесса, гражданско-правового и трудового взаимодействия.

Перечень персональных данных:

Ф.И.О., номер телефона, адрес эл. почты, данные паспорта, данные документов об образовании, данные о трудовой деятельности, данные о заключении и расторжении брака, ИНН, СНИЛС, адрес проживания.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

□Я подтверждаю, что отсканированное изображение настоящего согласия, а также всех моих необходимых для зачисления документов имеет юридическую силу оригинала.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись, расшифровка)

Исполнительному директору ООО «Институт дополнительного образования «Медэксперт»» Титовой Юлии Сергеевне, от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ваши ФИО)

**Данное заявление заполняется в случае необходимости отправки документов почтой России**

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отправить мои документы (нужное подчеркнуть):

Удостоверение о повышении квалификации

Диплом о профессиональной переподготовке

почтой, по адресу:

индекс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

область/край :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населённый пункт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ дома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ квартиры/офиса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кому:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Лист ознакомления**

**с системой аккредитации, как процедурой допуска к осуществлению медицинской деятельности**

В соответствии с **Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2018 г. N 898н** “О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2017 г. N 1043н”, лица, получившие после 1 января 2020 года дополнительное профессиональное образование по программам профессиональной переподготовки, разработанным на основании установленных квалификационных требований, профессиональных стандартов и требований соответствующих федеральных государственных образовательных стандартов среднего профессионального и (или) высшего образования к результатам освоения образовательных программ, подлежат процедуре аккредитации.

После освоения программы профессиональной переподготовки в ООО «Институт дополнительного образования «Медэксперт»», специалисты получают диплом о профессиональной переподготовке, после чего проходят процедуру аккредитации в аккредитационном центре, после прохождения которой, получают свидетельство об аккредитации (заменяющее сертификат специалиста).

Уточняем, что процедура аккредитации специалистов проводится в аккредитационных центрах аккредитационными комиссиями.

**Обращаем Ваше внимание, что ООО «Институт дополнительного образования «Медэксперт»» является аккредитационной площадкой для специалистов со средним медицинским образованием по следующим специальностям: «Анестезиология и реаниматология»;** «**Диетология»;** «**Лабораторная диагностика»;** «**Лечебное дело»**; «**Лечебная физкультура»;** «**Медицинский массаж»;** «**Операционное дело»;** «**Организация сестринского дела»;** «**Сестринское дело»;** «**Сестринское дело в косметологии»;** «**Сестринское дело в педиатрии»;** «**Скорая и неотложная помощь».**

Даты собрания аккредитационных комиссий и проведения аккредитации по тем или иным специальностям нужно уточнять, непосредственное, в аккредитационном центре.

**С информацией ознакомлен:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Ф.И.О.** | **Программа обучения** | **Подпись** | **Дата** |
|  |  |  |  |  |