



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

**КОМИ РЕСПУБЛИКАСА
ЙОЗЛЫСЬ ДЗОНЬВИДЗАЛУН
ВИДЗАН МИНИСТЕРСТВО**

Ленина ул., 73,

г.Сыктывкар, 167981

телефоны: 286-000, 286-040

факс-301-680, 301-681

E-mail: mz@minzdrav.rkomi.ru

www.minzdrav.rkomi.ru

24.04.2022 № 9696/ср-17

На № _____

Руководителям государственных
учреждений здравоохранения
Республики Коми

(по списку)

Уважаемые руководители!

Министерство здравоохранения Республики Коми в рамках реализации полномочий по организации проведения аккредитации специалистов, установленных подпунктом 11.1 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщает, что прием заявлений для прохождения первичной специализированной аккредитации для специалистов, имеющих среднее медицинское образование, будет осуществляться дистанционно **с 16 мая 2022 г. по 31 мая 2022 г.** Документы необходимо направить на электронный адрес akkredoSPORK@yandex.ru с дальнейшим обязательным подтверждением об их получении аккредитационной комиссией.

Для прохождения первичной специализированной аккредитации специалиста лицо, изъявившее желание пройти аккредитацию специалиста представляет в аккредитационную комиссию документы, предусмотренные пунктом 47 Положения об аккредитации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 ноября 2021 г. №1081н:

- ✓ заявление о допуске к аккредитации специалиста, приложение (шаблон прилагается, заполняется печатным текстом);
- ✓ копию паспорта (страница с фотографией и паспортными данными, и страница с регистрацией)
- ✓ в случае изменения фамилии, имени, отчества — копию документа, подтверждающего факт изменения фамилии, имени, отчества;
- ✓ копию диплома о среднем профессиональном образовании или выписку из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии;
- ✓ копию диплома о профессиональной переподготовке;

✓ копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС)

С информацией о работе аккредитационной комиссии Минздрава России для проведения первичной специализированной аккредитации специалистов в Республике Коми для специалистов, имеющих среднее медицинское образование, можно ознакомиться на сайте Медицинского института Сыктывкарского государственного университета имени Питирима Сорокина (<http://syktsu.ru>), сайте КР ОО «Ассоциация специалистов со средним медицинским и ВСО» (<http://medsestrakomi.ru>).

И.о. Министра



И.В.Дягилев

Митькина Анна Ивановна
Председатель АК в РК
+7(912)863-19-07 (e-mail: annamitkina@mail.ru)



Председателю аккредитационной комиссии

_____ (инициалы, фамилия)

от _____ (Ф.И.О. полностью)

дата рождения _____

тел. _____

индекс по месту регистрации и адрес регистрации _____

отношение к воинской службе _____
(военнообязанный / не военнообязанный)

адрес электронной почты _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы по специальности (направлению подготовки)* _____, что подтверждается дипломом о профессиональной переподготовке _____

(реквизиты диплома о профессиональной подготовке)

Учитывая, что я намерен(а) осуществлять медицинскую/фармацевтическую деятельность по специальности _____ в должности _____, на территории Российской Федерации, прошу допустить меня до прохождения процедуры первичной специализированной аккредитации специалиста, прилагаю копии следующих документов:

1. Документа, удостоверяющего личность (копию паспорта) _____;
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

2. Документа об образовании _____;
(серия, номер диплома о среднем образовании)

3. Диплом о профессиональной переподготовке _____;
(серия, номер диплома ПП)

4. Страхового свидетельства государственного пенсионного страхования _____;
(номер СНИЛС)

5. Иных документов _____

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 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 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.)
" _____ " _____ 20 _____ г.

_____ (подпись)