



**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

12.11.2024 №20760/01-17

На № _____

Руководителям государственных
учреждений здравоохранения
Республики Коми

(по списку)

Министерство здравоохранения Республики Коми сообщает, что прием заявлений для прохождения первичной специализированной аккредитации для специалистов, имеющих среднее медицинское образование, будет осуществляться дистанционно **с 16 декабря 2024 г. по 18 декабря 2024 г.**

Документы необходимо направить на электронный адрес **akkredo.spo.rk@mail.ru** с дальнейшим обязательным подтверждением об их получении аккредитационной комиссией.

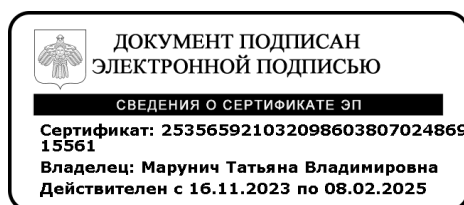
Для прохождения первичной специализированной аккредитации специалиста лицо, изъявившее желание пройти аккредитацию специалиста представляет в аккредитационную комиссию документы, предусмотренные пунктом 61 Положения об аккредитации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. №709н:

- ✓ 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 сертификата специалиста (при наличии);
- ✓ копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);
- ✓ копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской деятельности,

предусмотренных законодательством Российской Федерации о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии).

С информацией о графике работы аккредитационной комиссии Минздрава России для проведения первичной специализированной аккредитации специалистов в Республике Коми для специалистов, имеющих среднее медицинское образование, можно ознакомиться на сайтах: Государственного профессионального образовательного учреждения «Сыктывкарский медицинский колледж им. И.П. Морозова» (<http://smedcollege.ru>), КР ОО «Ассоциация специалистов со средним медицинским и ВСО» (<http://medsestrakomi.ru>).

И.о. Министра



Т.В. Марунич

Исп: С.М. Кошеева
286-008(204)

Приложение (шаблон)

В аккредитационную подкомиссию
от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

(дата рождения)

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(страховой номер индивидуального
лицевого счета застрахованного лица)

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

(адрес регистрации с индексом)

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

(адрес фактического проживания
с индексом)

+	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(контактный номер телефона)

_____ (личный адрес электронной почты)

отношение к воинской службе _____
(военнообязанный / не военнообязанный)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к аккредитации специалиста

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

информирую, что успешно завершил(а) освоение образовательной программы высшего или среднего профессионального образования (нужное подчеркнуть) по специальности (направлению подготовки), что подтверждается _____ (реквизиты документа о высшем образовании и (или) о квалификации

(с приложениями) или о среднем профессиональном образовании,
(с приложениями или иного документа, свидетельствующего об окончании освоения образовательной программы)

Прошу допустить меня до прохождения первичной аккредитации/первичной специализированной аккредитации по специальности (должности):
(нужное подчеркнуть)

_____ (начиная с первого/второго/третьего этапа)

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность: _____;

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

2. Копии документов об образовании и (или) о квалификации или выписки из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: _____

_____ ;
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии) : _____ ;

_____ ;
(серия, номер, сведения о дате выдачи документа и месте проведения
сертификационного экзамена)

4. Сведения о прохождении аккредитации специалиста (при наличии) : _____ ;

_____ ;
(специальность, сведения о дате и месте проведения аккредитации, номер
свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии))

5. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством Российской Федерации о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии).

6. Копии иных документов, предусмотренных [пунктом 61](#) Положения об аккредитации специалистов, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. N 709н (при наличии) : _____ .

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, и в течение неограниченного срока после прохождения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации, членам аккредитационной комиссии (аккредитационной подкомиссии), Методическому центру аккредитации специалистов, Федеральным аккредитационным центрам 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, в том числе третьим лицам (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу электронной почты: _____ .
(адрес электронной почты)

Подтверждаю, что документы в другие аккредитационные подкомиссии мной и (или) моим представителем не подавались.

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

_____ ;
(подпись)

"__" _____ 20__ г.