

В аттестационную комиссию

_____ (Фамилия)

_____ (Имя)

_____ (Отчество)

дата рождения _____

СНИЛС _____

адрес регистрации: индекс _____

улица _____

дом _____ корп. _____ кв. _____

телефон _____

электронная почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прохождении промежуточной аттестации на допуск к осуществлению медицинской деятельности на должности врача-стажера

Прошу допустить меня _____
(ФИО полностью)

Ординатора _____ курса по специальности

К прохождению промежуточной аттестации на допуск к осуществлению
медицинской деятельности на должности врача-стажера
по специальности _____

Копии документов прилагаю:

1. согласие на обработку персональных данных (по установленной форме);
2. копию документа удостоверяющего личность;
3. копию диплома специалиста по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия»;
4. копию СНИЛС;
5. сведения о прохождении первичной аккредитации специалиста, подтвержденные свидетельством об аккредитации специалиста или выпиской о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста.

Дата _____

_____ Подпись