



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

Руководителям медицинских организаций  
Республики Коми

**КОМИ РЕСПУБЛИКАСА  
ЙОЗЛЫСЬ ДЗОНЬВИДЗАЛУН  
ВИДЗАН МИНИСТЕРСТВО**

(по списку)

Ленина ул., 73,

г.Сыктывкар, 167981

телефоны: 286-000, 286-040

факс-301-680, 301-681

E-mail: [mz@minzdrav.rkomi.ru](mailto:mz@minzdrav.rkomi.ru)

[www.minzdrav.rkomi.ru](http://www.minzdrav.rkomi.ru)

22.11.2022 № 26703/01-17

На № \_\_\_\_\_

Уважаемые руководители!

Министерство здравоохранения Республики Коми сообщает, что прием заявлений для прохождения первичной специализированной аккредитации для специалистов, имеющих среднее медицинское образование, будет осуществляться дистанционно с **1 декабря 2022 г. по 14 декабря 2022 г.** Документы необходимо направить на электронный адрес **[akkredoSPORK@yandex.ru](mailto:akkredoSPORK@yandex.ru)** с дальнейшим обязательным подтверждением об их получении аккредитационной комиссией.

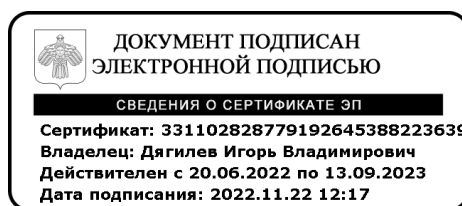
Для прохождения первичной специализированной аккредитации специалиста лицо, изъявившее желание пройти аккредитацию специалиста представляет в аккредитационную комиссию документы, предусмотренные пунктом 47 Положения об аккредитации, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 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 Государственного профессионального образовательного учреждения «Сыктывкарский медицинский колледж им. И.П. Морозова» (<http://smedcollege.ru>), сайте КР ОО «Ассоциация специалистов со средним медицинским и ВСО» (<http://medsestrakomi.ru>).

И.о. министра



И.В. Дягилев

Кръстева-Гаврилова Антонетта Георгиева  
тел. 286-037  
Митькина Анна Ивановна  
тел. 28-64-25

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)