Председателю комиссии по допуску лиц к осуществлению медицинской деятельности на должностях специалистов со средним медицинским образованием

ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова

Минздрава России

Сайганову С.А.

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу допустить меня **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (фамилия , имя, отчество)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(курс, факультет, учебное заведение)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

к сдаче экзамена по допуску на право осуществления медицинской деятельности на должностях специалистов со средним медицинским образованием в должности

*(указать одну должность)*:

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинская сестра/медицинский брат |  |
| Медицинская сестра палатная (постовая)  /медицинский брат палатный (постовой) |  |
| Медицинская сестра процедурной/медицинский брат процедурной |  |
| Помощник врача-эпидемиолога |  |
| Гигиенист стоматологический |  |

|  |
| --- |
| Медицинская сестра (фельдшер) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи |

фельдшер скорой медицинской помощи в составе выездной бригады скорой медицинской помощи - под контролем врача скорой медицинской помощи, имеющего сертификат специалиста или прошедшего аккредитацию специалиста по специальности "Скорая медицинская помощь", или фельдшера скорой медицинской помощи, имеющего сертификат специалиста или прошедшего аккредитацию специалиста по специальности "Скорая и неотложная помощь"

О себе дополнительно сообщаю:

1. Средний балл \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за семестров\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.В настоящее время работаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место работы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в качестве\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность)

на отделении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Копия паспорта |  |
| 2. | Копия диплома о высшем медицинском образовании |  |

(приняты оригиналы документов):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.Справка об обучении /о периоде обучения  4. Согласие на обработку персональных данных | |  | | --- | |  | |  | |  |

Я ПРЕДУПРЕЖДЕН (А), ЧТО СООБЩЕНИЕ ЛОЖНЫХ СВЕДЕНИЙ В ЗАЯВЛЕНИИ ИЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОДДЕЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ ВЛЕЧЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ, УСТАНОВЛЕННУЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

*дата подпись расшифровка*