

Председателю экзаменационной комиссии по проведению специальных экзаменов для лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах при КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»

Шубину Владимиру Викторовичу

от _____,
_____,
гражданство _____,
наименование образовательной организации _____,
год окончания _____, государство _____,
наименование специальности _____
зарегистрирован(а) по адресу: _____

контактный телефон _____
E-mail: _____

заявление.

Прошу допустить меня к сдаче специального экзамена для лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах целях допуска к осуществлению медицинской и фармацевтической деятельности на территории Российской Федерации по специальности _____

Документы прилагаются.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Киров, ул. Спасская, 40, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных в КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж», а именно:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения;
- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;
- контактные телефоны;
- сведения о месте работы (учёбы).

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____