**Рекомендуемый образец**

**ЛИЦЕВАЯ СТОРОНА**

| Регистрационный номер |  |  | **В Федеральную службу по надзору** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 20 |  | г. |  | **в сфере здравоохранения** |

109012, г. Москва, Славянская пл.,
д. 4, стр. 1

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СООТВЕТСТВИЯ ПОЛУЧЕННЫХ В ИНОСТРАННЫХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, МЕДИЦИНСКОГО, ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ИЛИ ИНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И (ИЛИ) КВАЛИФИКАЦИИ КВАЛИФИКАЦИОННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ К МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ РАБОТНИКАМ**

заявитель

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

(если ранее изменяли фамилию, имя, отчество (при наличии), укажите их, когда меняли и где)

Место жительства (регистрации)

(индекс, страна, республика, край, область, населенный пункт,

улица, дом, корпус (при наличии), квартира (при наличии),

Телефон (при наличии)

Адрес электронной почты (при наличии)

| Гражданство |  | . Если одновременно имеется гражданство |
| --- | --- | --- |

другого государства, указывается, какого именно .

Предполагаемое место работы

(с указанием субъекта Российской Федерации)

по специальности (должности)

Сведения об образовании и (или) квалификации:

| Год | Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность | Специальность, квалификация | Реквизиты документа, дата выдачи |
| --- | --- | --- | --- |
| поступления | окончания |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ОБОРОТНАЯ СТОРОНА**

Сведения о признании документа об иностранном образовании и (или) иностранной квалификации на территории Российской Федерации

(номер, дата выдачи свидетельства

о признании документа об иностранном образовании и (или) иностранной квалификации

на территории Российской Федерации, наименование органа, выдавшего указанное свидетельство)

Сведения о предшествующей работе по специальности (должности):

| Месяц и год | Место работы | Должность |
| --- | --- | --- |
| поступления | увольнения |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Либо указывается – «стажа работы по специальности (должности) не имею».

Прошу выдать решение о соответствии медицинского, фармацевтического или иного образования и (или) квалификации квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам по специальности (должности) ,

(указать специальность/должность)

в форме электронного документа/на бумажном носителе

(нужное указать)

К заявлению прилагаю:

| 1. |  | на |  | л. в |  | экз. |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | (наименование документа) |  |  |  |  |  |
| 2. |  | на |  | л. в |  | экз. |
|  | (наименование документа) |  |  |  |  |  |
| 3. |  | на |  | л. в |  | экз. |
|  | (наименование документа) |  |  |  |  |  |

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

| 20 |  | г. | Подпись |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |