

Приложение № 1
к Порядку установления соответствия
полученного в иностранных организациях,
осуществляющих образовательную
деятельность, медицинского или
фармацевтического образования и (или)
квалификации квалификационным требованиям
к медицинским и фармацевтическим работникам,
утвержденному приказом Федеральной службы
по надзору в сфере здравоохранения
от 31.10.2022 № 10335

Рекомендуемый образец

ЛИЦЕВАЯ СТОРОНА

Регистрационный номер _____
_____ 20 ____ г.

**В Федеральную службу по надзору
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

--