|  |
| --- |
| **ФОРМА предоставления СВЕДЕНИЙ для прохождения** **ПЕРВИЧНОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ** (**специалитет**)  |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Пол ***(женский / мужской)*** |  |
| Тип гражданства ***(гражданин РФ / иностранный гражданин /*** ***лицо без гражданства /*** ***гражданин РФ и иностранного государства (двойное гражданство)***  |  |
| Гражданство ***(Россия / Казахстан / иное)***  |  |
| Соотечественник ***(да / нет)*** |  |
| Отношение к военной службе ***(военнообязанный / невоеннообязанный / призывник)*** |  |
| СНИЛС ***(****формат* ***01234567890)*** |  |
| Телефон (*формат* ***89261234567***) |  |
| Адрес электронной почты |  |
| Дата рождения (*формат* ***дд.мм.гггг***) |  |
| Индекс **(***формат* ***123456***) |  |
| Адрес регистрации (официальная прописка) *(формат <****регион*** *(округ / республика / край / область)>,* <***район****>****, <населенный пункт*** *(город / село/ поселок городского типа / деревня и пр.)>,* ***<улица / мкр.>, <дом>, <корпус>, <квартира>)***  |  |
| Вид документа ***(паспорт гражданина РФ /*** ***паспорт иностранного гражданина /*** ***удостоверение личности / иной)*** |  |
| Серия документа (*формат* ***1234***) |  |
| Номер документа **(***формат* ***123456***) |  |
| Дата выдачи документа (*формат* ***дд.мм.гггг***) |  |
| Кем выдан документ ***(полное наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность)***  |  |
| Тип документа об образовании *(указать* ***диплом специалиста)*** |  |
| Уровень образования *(указать* ***высшее (специалитет)****)* |  |
| Специальность по диплому ***(Лечебное дело / Педиатрия / Стоматология /*** ***Медико-профилактическое дело / Фармация)***  |  |
| Серия документа об образовании |  |
| Номер документа об образовании |  |
| Дата выдачи документа об образовании ***(****формат* ***дд.мм.гггг)*** |  |
| Кем выдан документ об образовании *(указать* ***сокращенное наименование вуза (город)****)*  |  |