

Перечень документов,  
направляемых (представляемых) гражданами, получившими  
медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных  
государствах, в Федеральную службу по надзору в сфере  
здравоохранения для рассмотрения вопроса о допуске к медицинской  
и фармацевтической деятельности в Российской Федерации

1. Заявление гражданина, претендующего на право занятия медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации (по образцу).
2. Согласие на обработку персональных данных (по образцу).
3. Паспорт с переводом на русский язык – **нотариально заверенная копия.**
4. Диплом об образовании (с приложением) с переводом на русский язык – **нотариально заверенная копия.**
5. Документы о послевузовском образовании (интернатура, ординатура и др.) с переводом на русский язык – **нотариально заверенные копии.**
6. Сведения о предшествующей работе по специальности (трудовая книжка (если имеется), иные документы) с переводом на русский язык – **нотариально заверенная копия.**
7. Фотографии 4х5 см, черно-белые, матовые, без уголка – в 2-х экз.
8. Двусторонняя копия свидетельства о признании иностранного образования и (или) иностранной квалификации, выданного Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки (Рособранадзор)/ копия письма Рособранадзора об эквивалентности диплома о высшем или среднем образовании.\*
9. При изменении фамилии заявителя дополнительно представляются документы, подтверждающие изменение фамилии, с переводом на русский язык - **нотариально заверенная копия.**

---

\*при необходимости прохождения процедуры признания иностранных документов об образовании (нострификации).

Документы представляются в папке-скоросшивателе, каждый в отдельном файле, в очередности, строго соответствующей настоящему перечню.

**Контактные телефоны: 8-499-578-01-49, 8-499-578-01-61,  
8-499-578-02-90, 8-499-578-06-79.**

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

принимаю решение о предоставлении моих персональных данных (данных обладателя документа(ов) об образовании и (или) о квалификации, законным представителем которого я являюсь) и даю согласие на их обработку должностными лицами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, ответственными за предоставление государственной услуги по выдаче сертификата специалиста лицам, получившим медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах, с целью осуществления предусмотренных законодательством Российской Федерации процедур при оказании государственной услуги по выдаче сертификата специалиста лицам, получившим медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах в том числе на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу), обезличивание, блокировку и уничтожение следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; год, число, месяц и место рождения; адрес регистрации и фактического проживания; образование; профессия (специальность); данные документа(ов) об образовании и (или) о квалификации; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, подтверждающего статус законного представителя обладателя документа(ов); данные документа(ов), подтверждающие изменение фамилии и (или) имени, и (или) отчества, данные документа(ов), подтверждающие наличие стажа работы по специальности, в целях принятия решения о допуске к медицинской и (или) фармацевтической деятельности в Российской Федерации и выдаче направления на сдачу экзамена по специальности.

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в части права субъекта персональных данных, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены и понятны.

О юридических последствиях отказа в предоставлении персональных данных, отзыва согласия на обработку персональных данных, состоящих в невозможности предоставления государственной услуги, предупрежден (а).

Я предупрежден (а), что в случае непредоставления согласия на обработку персональных данных, документы, представленные мною в Росздравнадзор, рассмотрению не подлежат.

Я ознакомлен (а), что представленные мною копии документов остаются в архиве Росздравнадзора и возврату не подлежат вне зависимости от результата их рассмотрения.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

*Бланк согласия на обработку персональных данных заполняется обладателем документа(ов) об образовании и (или) о квалификации или законным представителем обладателя документа(ов) об образовании и (или) о квалификации*