Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_ **В Федеральную службу по надзору**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_г. **в сфере здравоохранения**

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О НАПРАВЛЕНИИ НА СДАЧУ СПЕЦИАЛЬНОГО ЭКЗАМЕНА ДЛЯ ЛИЦ,
ПОЛУЧИВШИХ МЕДИЦИНСКОЕ ИЛИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
В ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВАХ**

от заявителя

(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

Сведения об образовании:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Год | Наименование образовательной организации | Специальность, квалификация | Реквизиты документа, дата выдачи |
| поступления | окончания |
|  |  |  |  |  |

Сведения о послевузовском и (или) дополнительном профессиональном образовании:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Год | Наименование образовательной организации | Специальность, квалификация |
| поступления | окончания |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Сведения о признании документа иностранного государства об уровне образования и (или) квалификации на территории Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(№, дата выдачи свидетельства о

признании документа иностранного государства об уровне образования и (или) квалификации на

территории Российской Федерации, наименование органа, выдавшего указанное свидетельство)

Сведения о предшествующей работе по специальности:

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

Либо - «стажа работы по специальности не имею».

Прошу направить меня на сдачу специального экзамена для лиц, получивших медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах, по специальности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать специальность)

К заявлению прилагаю:

1. . на л. в экз.

(наименование документа)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.на л. в экз.

(наименование документа)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.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