

Памятка для аккредитуемых
по прохождению первичной аккредитации

1. Документы для прохождения аккредитации (сканы или фотографии) направляются на электронную почту akkred@mocomk.ru.
2. Информация о приеме документов высылается аккредитуемому после проверки документов на тот электронный адрес, с которого были отправлены документы.
3. Информация об этапах проведения процедуры аккредитации, графики прохождения I и II этапа аккредитации, итоги прохождения этапов аккредитации, итоги проведения аккредитации, иная актуальная информация размещается на официальном сайте Московского областного медицинского колледжа № 1 <http://www.momk.ru/>.
4. До прохождения аккредитации допускаются аккредитуемые при наличии у них паспорта, маски, перчаток, медицинской одежды (халат, костюм). Аккредитуемые с признаками заболевания (повышенная температура, насморк, кашель) к аккредитации не допускаются.
5. При неявке аккредитуемого по уважительной причине (медицинские показания), он **не позднее 5 дней после дня неявки**, направляет сканы документов, подтверждающих факт временной нетрудоспособности, на адрес электронной почты akkred@mocomk.ru.
6. При неявке аккредитуемого без уважительной причины, он **не позднее 5 дней после дня неявки** направляет на адрес электронной почты akkred@mocomk.ru заявление с просьбой допустить его до следующей попытки прохождения этапа.
7. При прохождении первого этапа аккредитуемым запрещено иметь при себе и использовать средства связи, общаться с другими аккредитуемыми.
8. В колледже необходимо соблюдать дисциплину и порядок. Курение запрещено.

Председателю аккредитационной комиссии
Кашириной Е.П. от

(Ф.И.О. полностью)

мобильный телефон _____
адрес электронной почты _____

СНИЛС _____

дата рождения _____
адрес регистрации _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к повторному прохождению этапа аккредитации специалиста

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

прошу допустить меня к повторному прохождению этапа аккредитации специалиста Тестирование -
1-й этап по специальности _____.
(Наименование специальности)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(дата)

Председателю аккредитационной комиссии
Кашириной Е.П. от

(Ф.И.О. полностью)

мобильный телефон _____
адрес электронной почты _____

СНИЛС _____

дата рождения _____
адрес регистрации _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о допуске к повторному прохождению этапа аккредитации специалиста

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

прошу допустить меня к повторному прохождению этапа аккредитации специалиста Оценка
практических навыков (умений) в симулированных условиях - 2-й этап по специальности

(Наименование специальности)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(дата)