

ЗАПРОС
на Подтверждение Выдачи Сертификата Специалиста [Форма 102]
для получения сертификата медицинской сестры (брата) в США

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ:

Напечатайте или впишите печатными буквами ответы на вопросы с 1 по 5. Вышлите такие запросы в **каждую** из организаций **каждой** из стран, когда-либо выдававших вам сертификат. Если возможно, приложите к запросам фотокопии сертификатов.

1. Имя как на сертификате _____
2. Название сертификата _____
3. Серия и номер сертификата: _____ Дата выдачи: _____/_____/_____
4. Я, поименованное выше лицо, даю разрешение на подтверждение моего сертификата для организации ERES по указанному ниже адресу. Подпись _____ Дата _____/_____/_____
5. Мои тел.: (моб.): _____ (дом.): _____ (Адрес эл. почты): _____

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ РАБОТНИКА ОРГАНИЗАЦИИ, ВЫДАВШЕЙ СЕРТИФИКАТ:

Именнованное выше лицо подало заявление на получение разрешения работать в США по профессии медицинской сестры (брата), и предоставило нам информацию о получении выданного Вашим агенством сертификата специалиста. Пожалуйста, заполните эту форму до конца страницы и вышлите ее почтой по указанному ниже адресу. Если у Вас возникнут вопросы, позвоните нам, пожалуйста, или напишите по указанным ниже телефону или адресу электронной почты. Большое спасибо!

Наш почтовый адрес: Educational Records Evaluation Service; 601 University Avenue, Suite 127; Sacramento CA 95825-6738 USA

1. Имя заявителя _____
2. Название сертификата _____
3. Серия и номер сертификата: _____ Дата выдачи: _____/_____/_____
4. Название агенства, выдавшего сертификат: _____
5. Адрес: _____
6. Телефон: _____ Факс: _____ Адрес эл. почты: _____
7. Статус сертификата на настоящее время: действительный, недействительный, просроченный (Дата истечения срока действия: _____), лицо, получившее сертификат, на замечании в вашем агенстве. Пожалуйста, укажите причину замечания: _____
8. На каком основании был выдан сертификат? Завершение обучения по специальности, Переезд из другой страны, Другие основания: _____
9. Какой государственный орган регулирует в Вашей стране выдачу сертификатов медицинским работникам: _____
10. Дополнительная информация (если необходима): _____
11. Имя и должность лица, предоставившего информацию: _____
12. Подпись _____ Дата: _____/_____/_____