

**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 агентством 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; 69 Lincoln Blvd. Ste A-255, Lincoln, CA 95648 U.S.A.**

1. Имя заявителя \_\_\_\_\_
2. Название сертификата \_\_\_\_\_
3. Серия и номер сертификата: \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. Название агентства, 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 агентстве. 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:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_