

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui).....
născut(a) la data de.....în localitatea.....județ.....
medic.....în specialitatea.....,
la (unitatea de încadrare).....județ.....,
vă rog să aprobați înscrierea la examenul pentru obținerea atestatului în
....., având durata stagiului de
pregătire de.....săptămâni.

Am efectuat pregătirea în centrul universitar **București**, având ca îndrumător
..... și doresc susținerea examenului în centrul de examen
București, conform pregătirii efectuate.

Număr chitanță de plată/data.....

Doresc transmiterea atestatului la DSP.....

Anexez :

1. **Dosar plic**
2. **Cerere de înscriere;**
3. **Copie după actul de identitate (BI/CI) în termen de valabilitate;**
4. **Copie după documentele de schimbare a numelui (dacă este cazul);**
5. **Copia diplomei de medic/medic dentist/ farmacist;**
6. **Copia certificatului de medic/medic dentist/ farmacist specialist sau primar;**
7. **Copia Certificatului de Membru al organizației profesionale de profil, cu viza valabilă pentru anul în curs în condițiile prevăzute de Legea nr.95/2006, cu modificările și completările ulterioare;**
8. **Certificate din care să rezulte absolvirea cursurilor de pregătire, eliberate de autoritățile competente conform celor prevăzute pentru fiecare atestat (copii xerox) pentru candidații care au finalizat până la data de 30.09.2018 pregătirea teoretică și practică;**
9. **Pentru medicii specialiști care au efectuat pregătirea ca modul obligatoriu în rezidențiat, se depune o copie xerox a modului din carnetul de rezident, precum și a primei pagini a carnetului;**
10. **Adeverințe sau caracterizări care să ateste efectuarea stagiilor practice și a numărului de examinări prevăzute pentru fiecare tip de atestat (unde este cazul);**
11. **Adeverință de la locul actual de muncă din care să reiasă funcția și gradul profesional, cu menționarea specialității și a numărului Ordinului de confirmare în gradul profesional;**
12. **Chitanța de plată a taxei de 400 lei achitată pe numele candidatului prin mandat postal sau OP, în contul IBAN nr. RO36TREZ70020E365000XXXX, CUI – 4266456, DTMB (Direcția de Trezorerie a Mun. București), beneficiar Ministerul Sănătății adresa: str. Cristian Popișteanu nr. 1-3, sector 1, București, cod: 010024. La locul pentru corespondență se va menționa *Taxă participare examen atestate*.**

Adresa e-mail:

SEMNĂTURA

Mobil.....

Data.....

Doamnei Director a Direcției de Sănătate Publică a Mun.București