

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui) _____, medic rezident în specialitatea **ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ**, confirmat prin Ordin M.S. nr. ____/____, având data de încheiere a stagiului de pregătire la _____, aflat(ă) în pregătire la **primul rezidențiat** prin concurs și încadrat(ă) cu contract de muncă pe durată nedeterminată/determinată la _____, am efectuat minim 75% pregătire în Centrul Universitar _____.

Vă rog să aprobați înscrierea la examenul pentru obținerea titlului de medic specialist, sesiunea din data de **15 Septembrie 2018**, în Centrul Universitar _____.

Pregătirea s-a efectuat și în alte Centre Universitare, respectiv: _____.

Certificatul va fi transmis la D.S.P. _____

Nr. Chitanță/Ordin de Plată _____

Anexez:

1. Dosar Plic
2. Cerere tip D.S.P.M.B.;
- 3.* Copie xerox B.I. / C.I. / pașaport (documente ce trebuie să fie în termen de valabilitate);
- 4.* Copie xerox diplomă de medic (licență);
- 5.* Copii xerox ale documentelor care atestă schimbarea numelui (certIFICATE de căsătorie, sentință de divorț, etc.), dacă este cazul;
- 6.* Copie xerox a carnetului de rezident din care să reiasă efectuarea tuturor stagiilor cuprinse în curricula specialității, respectiv absolvirea cu note a tuturor colocviilor în urma stagiilor obligatorii efectuate;
7. Certificat medical **în ORIGINAL** privind starea de sănătate în care se precizează că este apt/inapt din punct de vedere medical (fizic și neuropsihic) pentru examen.
8. Adeverința **în ORIGINAL** eliberată de unitatea sanitară în care este încadrat rezidentul, din care să reiasă:
- specialitatea, tipul contractului individual de muncă (pe perioadă determinată sau nedeterminată), numărul Ordinului de confirmare în rezidențiat, vechimea ca medic la data de **31.12.2018**, data încheierii pregătirii.
9. Medicii rezidenți care au efectuat diferite perioade de stagii în străinătate în specialitatea în care au fost confirmați, vor anexa și aprobarea Ministerului Sănătății de recunoaștere a acestor stagii; în lipsa avizului se vor prezenta pentru înscriere la Ministerul Sănătății.
10. Chitanța de plată a taxei de **300 lei**, achitată pe numele candidatului prin **ordin de plată** sau **mandat poștal**, în contul **IBAN nr. RO36TREZ70020E365000XXXX, CUI 4266456, DTMB (Direcția de Trezorerie a Municipiului București) beneficiar Ministerul Sănătății, adresa: str. Cristian Popișteanu nr. 1-3, sector 1, București, cod 010024.** La locul pentru corespondență se va menționa "Taxă examen specialist".

*** Documentele prevăzute la punctele 3-6, vor fi însoțite de original în vederea certificării la depunere conform art.2, alin.(3) din OUG nr. 41/2016.**

Potrivit alin. (4) al art. 2 din actul normativ amintit „(4) În cazul în care persoana se prezintă cu copia legalizată după document, în scopul furnizării serviciului public, instituția sau organul de specialitate al administrației publice centrale este obligată/obligat să o accepte.”

Adresa e-mail: _____

SEMNĂTURA

Tel. Mobil: _____

Data: _____

DOAMNEI DIRECTOR EXECUTIV AL D.S.P.M.B.