

Doamnă Director Executiv,

Subsemnatul/a (inițiala tatălui)
cu CNP _____ absolvent al Facultății de Medicină.....
promoția angajat la în funcția de
....., vă rog sa aprobați înscrierea la concursul de rezidențiat în
domeniul sesiunea **18 noiembrie 2018** organizat de M.S. în
centrul Universitar

Acordul pentru folosirea numelui și pentru afișarea rezultatului pe internet **DA** sau **NU** (se
va încercui opțiunea)

Chitanța de concurs: Nr. / Data

Acte necesare înscrierii:

- Dosar plic – pe care se vor menționa Nume, prenume, inițiala tatălui și domeniul
- Cererea de înscriere (tip. D.S.P.M.B)
- Copie după C.I./Pașaport (în termen)
- Diploma de licență de medic, medic dentist sau farmacist **în original și copie (în vederea certificării cf. prevederilor OUG 41/2016 art.2 al.(3)) sau copie legalizată**
- Adeverința privind promovarea examenului de licența **2018 în original și copie (în vederea certificării cf. prevederilor OUG 41/2016 art.2 al.(3)) sau copie legalizată**
- Documentele care atestă schimbarea numelui față de numele înscris în diploma de licență, dacă este cazul, (certificat de căsătorie, etc.) **în original și copie (în vederea certificării cf. prevederilor OUG 41/2016 art.2 al.(3)) sau copie legalizată.**
- **Certificat medical privind starea de sănătate, eliberat de unitatea sanitară teritorială desemnată de D.S.P.M.B., în care se precizează că este apt / inapt din punct de vedere medical (fizic și neuropsihic) pentru exercitarea activității în domeniul pentru care candidează.**
- Chitanța de plată a taxei de concurs în valoare de **400 lei** / participant, achitată pe numele candidatului, **în original**. Taxa se va plăti 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.
- **Pentru rezidenți și specialiști - Adeverința eliberată de unitatea în care sunt încadrați din care să reiasă specialitatea în care sunt confirmați și tipul contractului individual de muncă.**

Persoanelor care nu își exprimă acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal le vor fi respinse dosarele de concurs.

Tel Mobil _____

DATA: _____

SEMNĂTURA

D-nei Director Executiv a Direcției de Sănătate Publică a Mun. București