

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui), 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, republicată, 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) ;
9. Pentru medicii specialiști care au efectuat pregătirea ca modul obligatoriu în rezidențiat, se depune o copie xerox a modulului 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 poștal 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.**

Declarație de acord cu condițiile de prelucrare a datelor personale

Datele cuprinse în acest dosar vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Directivei CE/95/46 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, transpusă prin Legea nr. 677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private.

Declar că sunt de acord ca datele cu caracter personal furnizate Direcției de Sănătate Publică a Municipiului București să fie utilizate în conformitate cu Legea nr.677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

Adresa e-mail: _____

SEMNĂTURA

Tel. Mobil: _____

Data: _____