

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui) \_\_\_\_\_, medic /  
medic stomatolog /farmacist specialist \_\_\_\_\_, confirmat ca specialist  
prin Ord. MS nr. \_\_\_\_/\_\_\_\_, având o vechime de **5 ani** ca specialist la data de \_\_\_\_\_, încadrat(ă) la  
\_\_\_\_\_, localitate \_\_\_\_\_, județ \_\_\_\_\_.

Vă rog să aprobați înscrierea la examenul pentru obținerea gradului de primar **sesiunea 19 iunie 2019**, în  
Centrul Universitar \_\_\_\_\_.

Doresc transmiterea certificatului la DSP \_\_\_\_\_

Nr. chitanță /Factură de concurs \_\_\_\_\_

**Anexez:**

1. Dosar plic;
2. Cerere de înscriere;
3. \* Copie după actul de identitate (BI/CI) în termen de valabilitate;
4. \* Copii ale documentelor care atestă schimbarea numelui (certificat de căsătorie /decizie divorț.) dacă este cazul;
5. \* Copie legalizată a diplomei de licență medic, medic stomatolog sau farmacist;
6. \* Copie legalizată a certificatului de medic, medic stomatolog sau farmacist specialist;
7. \* Copie a certificatului de membru al colegiului profesional, cu viza pentru anul în curs;
8. **În ORIGINAL** - adeverința eliberată de unitatea în care este încadrat medicul, medicul stomatolog, respectiv farmacistul, din care să reiasă:
  - specialitatea în care este confirmat;
  - data de la care este încadrat ca specialist în specialitatea în care solicită susținerea examenului de primariat;
  - numărul ordinului MS de confirmare în specialitate;
  - tipul de contract (cu norma întregă sau fracție de normă, situație în care se va specifica numărul de ore/zi sau săptămână);
  - vechimea ca specialist (în ani și luni) în specialitatea pentru care urmează să susțină examenul, la data de **30 septembrie 2019**.
9. **Medicii și medicii stomatologi** care își desfășoară activitatea în cabinetele medicale individuale vor prezenta:
  - **în ORIGINAL** - declarația notarială pe proprie răspundere că desfășoară activitatea în specialitate și fracția de normă a acesteia la cabinetul individual;
  - **în ORIGINAL** - adeverința eliberată de cabinetul respectiv din care să rezulte vechimea ca specialist până la data de **30 septembrie 2019**, precum și cuantumul normei;
    - \* - copie legalizată a Certificatului (Adeverinței) de medic/medic dentist specialist;
    - \* - copie legalizată a Certificatului de înregistrare al cabinetului respectiv ;
10. **Farmacisții** care lucrează în farmacii cu circuit deschis vor prezenta, după caz:
  - **în ORIGINAL** - declarația notarială pe proprie răspundere că desfășoară activitatea și fracția de normă a acesteia;
  - **în ORIGINAL** - adeverința eliberată de unitatea angajatoare din care să rezulte vechimea ca specialist (în ani și luni) până la data de **30 septembrie 2019**, precum și cuantumul normei;
    - \* - copie legalizată a Certificatului (Adeverinței) de farmacist specialist.
11. **În ORIGINAL** – adeverința pentru medicii care solicită completarea vechimii în specialitate pe baza **gărzilor** efectuate, conform prevederilor Ordinului M.S. nr. 870/2004 cu modificările și completările ulterioare, eliberată de unitatea / unitățile în care au efectuat gardzi, conținând:
  - perioada exactă în care au fost efectuate gărzile;
  - vechimea acumulată, transformată în ani, luni, săptămâni de muncă, calculată pe baza pontajelor întocmite de respectivele unități angajatoare;
  - specialitatea în care au efectuat gărzile.

12. Taxa de participare în valoare de **550 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 primariat**.

**\* Documentele prevăzute la punctele 3-7, respectiv 9-10, vor fi prezentate în original alături de copii simple, pentru a se acorda "Conform cu originalul" de către persoana care verifică dosarul sau în copie legalizată pentru dosarele transmise prin serviciile poștale.**

### ***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: \_\_\_\_\_

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