

## DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui) \_\_\_\_\_  
medic \_\_\_\_\_, vă rog binevoiți să îmi:

☐ **ELIBERAȚI** cod de parafă, pentru care anexez următoarele acte:

1. Documentele din ANEXĂ

Declar pe propria răspundere că până în prezent NU am primit alt cod de parafă.

☐ **ELIBERAȚI** un **NOU** cod de parafă, pentru care anexez următoarele acte:

1. Documentele din ANEXĂ;
2. Anunțul pierderii/furtului publicat în Monitorul Oficial.

Declar pe propria răspundere că am pierdut / mi-a fost furată parafa.

☐ **CERTIFICAȚI** codul de parafă pe care îl dețin, respectiv codul \_\_\_\_\_

1. Documentele din ANEXĂ;

☐ **INACTIVAȚI** codul de parafă pe care îl dețin, respectiv codul \_\_\_\_\_, începând cu data de \_\_\_\_\_, și să îmi eliberați o adeverință de inactivare necesară la \_\_\_\_\_.

### ANEXĂ

1. Declarația privind statutul profesional și civil;
2. Copie xerox B.I. / C.I. / pașaport (documente ce trebuie să fie în termen de valabilitate);
3. Copii xerox ale documentelor care atestă schimbarea numelui, dacă este cazul;
4. Copie xerox diploma licență de medic, medic dentist ;
5. Copie xerox a certificatului de medic, medic dentist specialist și primar dacă este cazul;
6. Copie a certificatului de membru al Colegiului profesional cu viza pentru anul în curs;
7. Adeverință eliberată de unitatea sanitară/CMI/SRL în care este încadrat medicul, din care să reiasă tipul contractului individual de muncă, data de la care este încadrat.

\* Documentele prevăzute la punctele 2, 3, 4, 5 și 6 vor fi însoțite de original în vederea certificării la depunere conform art.2, alin.(3) din OUG nr. 41/2016. Potrivit art. 2 alin.(4) 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.”

### Declarație de acord cu condițiile de prelucrare a datelor personale

Prin semnarea prezentei îmi asum răspunderea asupra corectitudinii, exactității și veridictății datelor înscrise în prezenta cerere și îmi exprim acordul ca datele cu caracter personal furnizate Direcției de Sănătate Publică a Municipiului București să fie utilizate în conformitate cu Legea nr.679/2016 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

NUMĂR MOBIL \_\_\_\_\_

SEMNĂTURA

DATA: \_\_\_\_\_