FORMULAR DE ÎNSCRIERE în Colegiul Medicilor Dâmbovița

Subsemnatul(a), (nume) ....., (iniţiala tatălui) ....., (prenume) ....., solicit înscrierea în Colegiul Medicilor ***Dâmbovița*** şi .eliberarea .certificatului .de .membru. al Colegiului. Medicilor din România, în conformitate cu datele personale completate mai jos şi cu actele doveditoare anexate cererii.

Date personale:

CNP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| sau data naşterii |_|_| |_|_| |_|_|_|_|, act de identitate ..... seria ..... nr. ..... data expirării |_|_| |_|_| |_|_|_|_|, permis de şedere (dacă este cazul) seria ..... nr. ....., nume anterior (dacă este cazul) ....., statul de origine ..... cetăţenia1 ..... cetăţenia 2 ..... .

Titlul oficial de calificare în medicină:

Diplomă/Adeverinţă (serie/număr/data eliberării) |_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_| |_|_| |_|_|_|_|, eliberată de ..... promoţia ..... cunoscută (dacă este cazul) prin certificatul de recunoaştere având seria/nr. |_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_| |_|_| |_|_|_|_|,

Cod parafă |_|_|_|_|_|_|

Pregătirea profesională:

- Prima specialitate ..... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin O.M.S. nr. |_|_|_| din data de |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
- A doua specialitate ..... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin O.M.S. nr. |_|_|_| din data de |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
- A treia specialitate ..... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin O.M.S. nr. |_|_|_| din data de |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
- A patra specialitate ..... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin O.M.S. nr. |_|_|_| din data de |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Atestate de studii complementare (dacă este cazul): .....
……..

Titluri deţinute în domeniul medicinei umane:

[] grad universitar ..... la Universitatea .....;
[] doctor în medicină;
[] master în .....;
[] cercetător ştiinţific gradul .....;
[] formator în ..... .

Loc/Locuri de muncă (Se vor menţiona toate locurile de muncă unde solicitantul desfăşoară în prezent activitate medicală, atât pe teritoriul României, cât şi pe teritoriul altor state.):

1.unitatea medicală ..... adresa ..... tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
2.unitatea medicală ..... adresa ..... tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
3.unitatea medicală ..... adresa ..... tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresă de domiciliu:

Str. ..... nr. ……., bl. ....., sc. ……, et. ……, ap. ....., cod poştal |_|_|_|_|_|_|, localitatea ....., satul (dacă este cazul) ....., sectorul (judeţul) ....., tel. mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, tel. fix |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail ..... .

Adresa de corespondenţă (dacă este diferită de cea de domiciliu):

Str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., cod poştal |_|_|_|_|_|_|, localitatea ....., satul (dacă este cazul) ....., sectorul (judeţul) ..... .

Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în niciuna dintre situaţiile prevăzute de art. 388 şi 389 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale, inclusiv a CNP-ului, şi mă oblig să aduc la cunoştinţa Colegiului Medicilor Dâmbovița orice modificare a acestor date.

Data: ..... Semnătura: ……