FORMULAR DE ÎNSCRIERE
în Colegiul Medicilor Valcea

Subsemnatul(a), (nume) . . . . . ……. ., (iniţiala tatălui) . . . . . ., (prenume) ……... . . . . . solicit înscrierea în Colegiul Medicilor . . . . . 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 . . . . . cetăţenia 1. . . . . cetăţenia 2. . . . . .

Titlul oficial de calificare în medicină:

Diplomă/Adeverinţă (serie/număr/data eliberării) |_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|, eliberată de . . . . . promoţia . . . . . recunoscută (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 |_|_|.|_|_|.|_|_|_|

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. fix |_||_|_|_|_|_|_|_|_|_|, mobil |_||_|_|_|_|_|_|_|_|_|, 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 Valcea. orice modificare a acestor date.

Data Semnatura