

FORMULAR
de înscriere în Colegiul Medicilor

Subsemnatul(a),(nume), (inițiala tatălui) . . , (prenume)
solicit înscrierea în Colegiul Medicilor și eliberarea Certificatului de membru
al Colegiului Medicilor din România, în conformitate cu datele personale completate mai
jos și 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/Adeverință (serie/număr/data eliberării)

....., eliberată de
..... promoția recunoscută (dacă este cazul) prin certificatul de recunoaștere 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 deținute în domeniul medicinei umane:

[] grad universitar la Universitatea

[] doctor în medicină;

[] master în;

[] cercetător științific gradul;

[] formator în

Loc/Locuri de muncă (Se vor menționa toate locurile de muncă unde solicitantul desfășoară în prezent activitate medicală, atât pe teritoriul României, cât și 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 poștal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, localitatea, satul (dacă este cazul)
 sectorul (județul), tel. fix |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, mobil
 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail

Adresa de corespondență (dacă este diferită de cea de domiciliu)

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

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

Data

.....

Semnătura

.....

.....

(numele și prenumele)

Loc/Locuri de muncă (continuare)*

4. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
5. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
6. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
7. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
8. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
9. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
10. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
11. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
12. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Documentul se va tipări față-verso.