

DATE PERSONALE:

I. Nume, Prenume: _____

II. Cetățenia (inclusiv dubla cetățenie) : _____

III. CNP: _____

IV. Data nașterii: _____

V. Număr de identificare profesională (cod parafă) _____

VI. Institutia de invatamant superior absolvita (denumirea, localitatea)

Data obtinerii calificatii profesionale (absolvire sau licenta) (zz/III/aa): _____

Diploma, Seria _____ , numarul _____

Denumirea calificarii: _____

DATE CU PRIVIRE LA FORMELE DE ÎNVĂȚĂMÂNT POSTUNIVERSITAR ABSOLVITE:

VII. Institutia de invatamant superior absolvita (denumirea, localitatea) (se completeaza pentru o a doua calificare primara relevanta)

Data obtinerii calificatii profesionale (absolvire sau licenta) (zz/III/aa): _____

Diploma, Seria _____ , numarul _____

Denumirea calificarii: _____

VIII. Specialitatea /specialitățile (denumire- titlul oficial de calificare al specialității listat pentru România de Directiva 2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului)
certificat nr. din data

IX. grad profesional (medic, medic rezident, medic specialist, medic primar)

X. atestat/e de studii complementare (denumire, certificat nr. din data)

Menționez că:

1. Nu m-am aflat și nu mă aflu în nici unul din cazurile de suspendare sau de interzicere temporară sau definitivă a dreptului de exercitare a profesiei de medic, inclusiv de interzicere a unor activit. medicale.
2. Nu am avut alte sancțiuni disciplinare.
3. Solicit / nu solicit suspendarea calității de membru conf. Legii 95/2006, art.417

Data _____

Semnătura _____