

FORMULAR**de înscriere în Colegiul Medicilor ILFOV**

Subsemnatul(a), (nume) _____, **(inițiala tatălui)** _____, **(prenume)** _____, solicit înscrierea în Colegiul Medicilor Ilfov 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 nașterii
|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|, **act de identitate** _____ seria _____ nr. _____, data
expirării |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|, permis de ședere (dacă este cazul) seria _____ nr.
_____, **nume anterior** (dacă este cazul) _____, statul de origine
_____ **cetățenia 1** _____ cetățenia 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 Ordinul ministrului sănătății nr. |_|_|_|_| din data de |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|
- A doua specialitate _____ grad rezident specialist primar
confirmată prin Ordinul ministrului sănătății nr. |_|_|_|_| din data de |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|
- A treia specialitate _____ grad rezident specialist primar
confirmată prin Ordinul ministrului sănătății nr. |_|_|_|_| din data de |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|
- A patra specialitate _____ grad rezident specialist primar
confirmată prin Ordinul ministrului sănătății 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 |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, tel. 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 Ilfov 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.