Anexa nr. 4

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

Cod numeric personal |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, act identitate ..... serie ..... nr. ..... nume anterior ..... data nașterii |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| cetățenia .....

Titlul oficial de calificare în medicină

Instituție absolvită ..... promoția .....

Diplomă (serie/număr/data eliberării) |__|__|__|/|__|__|__|__|__|__|__|/|__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|

Cod parafă |__|__|__|__|__|__|

Pregătirea profesională

Prima specialitate ..... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar

A doua specialitate ..... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar

A treia specialitate ..... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar

A patra specialitate ..... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar

Atestate de studii complementare .....
.....

[ ] doctor in medicină grad cercetare ..... grad universitar ..... la Universitatea .....

Loc/locuri de muncă (se vor menționa toate locurile de muncă unde solicitantul desfașoară în prezent, activitate medicală)*

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

Adresă de domiciliu

Str. ....., nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., sector (județ) ....., cod poștal |__|__|__|__|__|_|, oraș ....., tel. fix |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, mobil |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, e-mail .....

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

Str. ....., nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ..... sector .....

Declar pe proprie răspundere că nu ma aflu în niciuna din situatiile prevazute de art. 388 și 389 din Legea nr. 95/2006, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale și mă oblig să aduc la cunostința Colegiului Medicilor _____ orice modificare a acestor date.

Data | Semnătura

..... | .....

Nume ....., prenume .....

* **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. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|