

FORMULAR DE ÎNSCRIERE în Colegiul Medicilor Olt.

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 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 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. | | | | | | | | | |