Domnule Președinte,

Vă rog să-mi aprobați înscrierea în Colegiul Medicilor din județul Vaslui și eliberarea Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România în conformitate cu datele personale completate mai jos, actele doveditoare (pe care le declar conforme cu originalul) fiind anexate alăturat.

Date personale și de corespondență:

Dr.*(nume)* ....., *(inițiala tatălui)*....., *(prenume)*.....,

(nume anterior) .....,*CNP* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

act identitate (serie) ..... *(nr.)* .....,*cetățenia* .....

Date de contact: *localitatea*....., *str*.....,

nr....., *bl*....., *sc*....., *ap*....., *județ* ....., *telefon fix*..... ,

mobil |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, *e-mail* .....

Date despre pregătirea profesională

Instituție absolvită ....., promoția ....., cod parafă |__|__|__|__|__|__|

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

Prima specialitate ....., grad: ☐*rezident,* ☐*specialist,* ☐*primar*

A doua specialitate ..... , grad: ☐*rezident,* ☐*specialist,* ☐*primar*

Atestate de studii complementare, competențe, supraspecializări.....

....., ☐*doctor in medicină, grad cercetare..... ,*

grad universitar ....., la universitatea .....

Loc de muncă:

Unitatea medicală .....*adresa* .....

Declar pe proprie răspundere că nu contravin prevederilor art.388 și art.389 din Legea nr. 95/2006. Sunt de acord cu prelucrarea datelor personale cuprinse în prezenta cerere și voi anunța orice modificare a acestor date în termen de 30 zile.

Data Semnătura

....

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din județul Vaslui