

DOMNULE DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (initiala tatalui) _____,
medic rezident/ specialist in specialitatea _____
confirmat prin Ord. MS nr. _____/_____, avand data de inchidere a stagiului
de pregatire la _____ Incadrat(a) cu contract de munca pe durata _____
la _____. Am efectuat pregatirea in Centrul Universitar
_____. Va rog sa aprobati inscrierea la examenul pentru
obtinerea titlului de medic / medic dentist / farmacist specialist sesiunea **24 martie 2015**, in
Centrul Universitar _____
Pregatirea s-a efectuat si in alte Centre Universitare, respectiv _____

Certificatul va fi transmis la DSP _____
Nr. Chitanta/Factura de concurs _____

Anexez:

1. Cererea tip D.S.P.M.B.;
2. Copie dupa B.I. / C.I.;
3. Copie de pe diploma de medic, medic dentist sau farmacist;
4. Copii ale documentelor care atesta schimbarea numelui (certIFICATE de casatorie, sentinta de divort, etc.), daca este cazul;
5. Adeverinta eliberata de unitatea sanitara in care este incadrat rezidentul, din care sa reiasa tipul contractului individual de munca (pe perioada determinata sau nedeterminata), numarul Ordinului de confirmare in rezidentiat, vechimea ca medic rezident si data incheierii pregatirii.
6. Copie dupa carnetul de rezident din care sa reiasa efectuarea tuturor stagiilor cuprinse in curricula specialitatii, respective absolvirea cu note a tuturor colocviilor in urma stagiilor obligatorii efectuate;
7. Recomandarea coordonatorului de rezidentiat pentru candidatii care solicita derogare si incheie pregatirea in perioada 16 aprilie – 15 octombrie 2015);
8. Medicii, medicii dentisti si farmacistii rezidenti care au efectuat diferite perioade de stagii in strainatate in specialitatea in care au fost confirmati, vor anexa si aprobarea Ministerului Sanatatii de recunoastere a acestor stagii; in lipsa avizului se vor prezenta pentru inscriere la Ministerul Sanatatii.
9. Chitanta de plata a taxei de **300 lei**, achitata pe numele candidatului prin O.P. sau **mandat postal**, in contul **IBAN nr. RO85TREZ7005003XXX000092, CUI 4266456, DTMB (Directia de Trezorerie a Municipiului Bucuresti) beneficiar Ministerul Sanatatii, adresa: str. Cristian Popisteanu nr. 1-3, sector 1, Bucuresti, cod 010024**. La locul pentru corespondenta se va mentiona **“Taxa examen specialist”**.

Numar de telefon:

Mobil _____

SEMNATURA

DATA: _____

DOMNULUI DIRECTOR EXECUTIV AL D.S.P.M.B.