

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (initiala tatalui) _____,
medic rezident in specialitatea _____ confirmat prin
Ord. MS nr. ____/____, avand data de inchidere a stagiului de pregatire la **31.12.2015**,
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 **20 Octombrie 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. Dosar Plic
2. Cererea tip D.S.P.M.B.;
3. Copie xerox B.I. / C.I. / pasaport;
4. Copie xerox diploma de medic, medic dentist sau farmacist;
5. Copii xerox ale documentelor care atesta schimbarea numelui (certIFICATE de casatorie, sentinta de divort, etc.),
daca este cazul;
6. 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, medic dentist sau farmacist rezident la data de 31.12.2015;
- data incheierii pregatirii.
7. Copie xerox a carnetului de rezident din care sa reiasa efectuarea tuturor stagiilor cuprinse in curricula specialitatii,
respectiv absolvirea cu note a tuturor colocviilor in urma stagiilor obligatorii efectuate;
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. RO36TREZ70020E365000XXXX, 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 mobil _____

SEMNATURA

DATA: _____