

DOMNULE DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (initiala tatalui) _____ ,

medic / medic dentist / farmacist, specialist in _____ confirmat ca specialist prin Ord. MS nr. _____/_____, avand o vechime de **5 ani** ca specialist la data de _____, incadrat(a) la _____ .

Va rog sa aprobatii inscrierea la examenul pentru obtinerea gradului de primar **sesiunea 21 iunie 2016**, in Centrul Universitar _____ .

Doresc transmiterea certificatului la DSP _____

Nr. Chitanta/Factura de concurs _____

Anexez:

1. Dosar plic,
2. Cererea tip D.S.P.M.B.;
3. Copie xerox BI/CI;
4. Copii xerox ale documentelor care atestă schimbarea numelui (certificat de căsătorie /decizie divorț.) dacă este cazul;
5. Copie xerox după diploma de licența medic, medic dentist sau farmacist;
6. Adeverința eliberată de unitatea în care este încadrat medicul, medicul dentist, respectiv farmacistul, din care să reiasă specialitatea în care este confirmat și data de la care este încadrat ca specialist, **numărul ordinului MS de confirmare în specialitate, titlul de contract(cu norma intraga sau fracție de norma, situație în care se va specifica numărul de ore/zi sau săptămâna)** precum și vechimea ca specialist la data de **31 decembrie 2016**;
7. Copia xerox a certificatului / adeverinței de medic, medic dentist, respectiv farmacist specialist;
8. **Medicii și medicii dentiști** care își desfășoară activitatea în cabinete medicale individuale vor prezenta:
 - * declarația notarială pe proprie răspundere, și adeverința eliberată de unitatea sanitară respective din care să rezulte vechimea ca specialist(de cel puțin **5 ani**) până la data de **31 decembrie 2016**, precum și cuantumul normei;
 - * copie după Certificatul de medic/medic dentist specialist;
 - * copie după Certificatul de înregistrare al cabinetului respectiv ;
9. **Farmacii** care lucrează în farmacii cu circuit deschis vor prezenta, după caz:
 - * adeverința eliberată de societatea comercială farmaceutică, sau declarația pe proprie răspundere întocmită la notar și adeverința eliberată de unitatea sanitară respectivă din care să rezulte vechimea ca specialist cel puțin **5 ani** până la data de **31 decembrie 2016**, precum și cuantumul normei;
 - * copie după Certificatul de farmacist specialist;
10. Copie xerox după certificatul de membru al colegiului profesional, cu viza pentru anul în curs;
11. Chitanța de plată a taxei de **550 lei** achitată pe numele candidatului prin **ordin de plată sau mandat poștal** în contul IBAN nr. **RO36TREZ70020E365000XXXX CUI-4266456, DTMB** (Direcția de Trezorerie a Municipiului București) beneficiar Ministerul Sănătății, adresa: str. Cristian Popișteanu Nr. 1-3, sector 1, București, cod: 010024. La locul pentru corespondență se va menționa **Taxa examen primariat**.

Tel Mobil _____

SEMNATURA

DATA: _____

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