

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (initiala tatalui) _____,
medic rezident in specialitatea _____, confirmat prin Ord.
MS nr. ____ / ____, avand data de incheiere a stagiului de pregatire la **31.12.2016**,
aflat(a) in pregatire la **primul rezidentiat prin** concurs si incadrat(a) cu contract de munca
pe durata _____ la _____, am efectuat pregatirea
in Centrul Universitar _____.

Va rog sa aprobatii inscrierea la examenul pentru obtinerea titlului de medic / medic
dentist / farmacist specialist sesiunea **19 Octombrie – 19 Noiembrie 2016**, 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. Cerere tip D.S.P.M.B.;
3. Copie xerox B.I. / C.I. / pasaport;
4. Copie xerox diploma de medic, medic dentist sau farmacist (licenta);
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 **31.12.2016**;
- 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: _____

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