

SE APROBA INSCRIEREA
DIRECTOR EXECUTIV
DR. CRISTINA PELIN

A.T.I.
EXAMEN SPECIALISTI
17 Septembrie 2016

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (initiala tatalui) _____,

medic rezident in specialitatea **ANESTEZIE SI TERAPIE INTENSIVA**, 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 specialist sesiunea **17 Septembrie 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 (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 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 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.