

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 _____, incadrat(a) cu contract de munca pe durata determinata / nedeterminata la _____ Judet _____ Am efectuat pregatirea in Centrul Universitar _____

Va rog sa aprobat in scrierea la examenul pentru obtinerea titlului de medic / medic dentist / farmacist specialist **sesiunea 22 Martie 2017 – 28 Aprilie 2017**, in Centrul Universitar _____

Pregatirea s-a efectuat si in alte Centre Universitare, respectiv _____

Certificatul va fi transmis la DSP _____

Nr. mandat postal, Ordin de Plata sau plata online _____

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 (licenta);
5. Copii xerox ale documentelor care atesta schimbarea numelui (certIFICATE de casatorie, sentinta de divort, etc.), daca este cazul;
6. Adeverinta de vechime eliberata de unitatea sanitara in care este incadrat rezidentul, din care sa reiasa:
 - specialitatea
 - 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 **30.04.2017**;
 - 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 (**se va avea in vedere aplicarea etichetelor cu codul de bare pe toate paginile care contin consemnari privind stagiile efectuate si stampilele cu vizele anuale pentru fiecare an de rezidentiat**);
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 in str. Cristian Popisteanu nr. 1-3, sector 1, Bucuresti**
9. Chitanta de plata a taxei de **300 lei**, achitata **obligatoriu** pe numele candidatului cu precizarea CNP prin mandat postal, Ordin de Plata sau plata online insotita de extras de cont 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 telefon mobil _____

DATA: _____

SEMNATURA

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