

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui).....  
născut(a) la data de.....în localitatea.....județ.....  
medic.....în specialitatea.....,  
la (unitatea de încadrare).....județ.....,  
vă rog să aprobați înscrierea la examenul pentru obținerea **atestatului în Implantologie**, având durata  
stagiului de pregătire de.....săptămâni.

Am efectuat pregătirea în centrul universitar **București**, având ca îndrumător  
..... și doresc susținerea examenului în centrul de examen  
**București**, conform pregătirii efectuate.

Număr chitanță de plată/data.....

Doresc transmiterea atestatului la DSP.....

**Anexez :**

1. **Dosar plic**
2. **Cerere de înscriere;**
3. **Copie după actul de identitate (BI/CI) în termen de valabilitate;**
4. **Copie după documentele de schimbare a numelui (dacă este cazul);**
5. **Copia diplomei de medic dentist;**
6. **Copia certificatului de medic dentist specialist sau primar;**
7. **Copia Certificatului de Membru al organizației profesionale de profil, cu viza valabilă pentru anul în curs în condițiile prevăzute de Legea nr.95/2006, cu modificările și completările ulterioare;**
8. **Certificate din care să rezulte absolvirea cursurilor de pregătire, eliberate de autoritățile competente conform celor prevăzute pentru fiecare atestat (copii xerox) ;**
9. **Pentru medicii specialiști care au efectuat pregătirea ca modul obligatoriu în rezidențiat, se depune o copie xerox a modulului din carnetul de rezident, precum și a primei pagini a carnetului;**
10. **Adeverințe sau caracterizări care să ateste efectuarea stagiilor practice și a numărului de examinări prevăzute pentru fiecare tip de atestat (unde este cazul);**
11. **Adeverință de la locul actual de muncă din care să reiasă funcția și gradul profesional, cu menționarea specialității și a numărului Ordinului de confirmare în gradul profesional;**
12. **Chitanța de plată a taxei de 400 lei achitată pe numele candidatului prin mandat postal sau OP, în contul IBAN nr. RO36TREZ70020E365000XXXX, CUI – 4266456, DTMB (Direcția de Trezorerie a Mun. București), beneficiar Ministerul Sănătății adresa: str. Cristian Popișteanu nr. 1-3, sector 1, București, cod: 010024. La locul pentru corespondență se va menționa *Taxă participare examen atestate*.**

Număr de telefon

SEMNĂTURA

Mobil.....

Data.....

**Doamnei Director a Direcției de Sănătate Publică a Mun.București**