SE APROBA INSCRIEREA
DIRECTOR EXECUTIV **PRIMARIAT**
DR. CRISTINA PELIN **21 IUNIE 2017**

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 _____, judet _____.

Va rog sa aprobati inscrierea la examenul pentru obtinerea gradului de primar **sesiunea 21 iunie 2017,** in Centrul Universitar **BUCURESTI**.

Doresc transmiterea certificatului la DSP _____

Nr. Chitanta/Factura de concurs _____

Anexez:

1. Dosar plic,
2. Cererea tip D.S.P.M.B.;
3. * Copie BI/CI;
4. * Copii ale documentelor care atestă schimbarea numelui (certificat de căsătorie /decizie divorţ.) dacă este cazul;
5. * Copie legalizata a diplomei de licenta medic, medic dentist sau farmacist;
6. * Copie legalizata a certificatului de medic, medic dentist, respectiv farmacist specialist;
7. * Copie a certificatului de membru al colegiului profesional, cu viza pentru anul in curs;
8. Adeverinţa **in ORIGINAL** eliberată de unitatea în care este încadrat medicul, medicul dentist, respectiv farmacistul, din care să reiasă:
   - specialitatea în care este confirmat şi data de la care este încadrat ca specialist;
   - numărul ordinului MS de confirmare in specialitate;
   - tipul de contract (cu norma intreaga sau fractie de norma, situatie in care se va specifica numarul de ore/zi sau saptamana);
   - vechimea ca specialist (de cel putin **5 ani**) la data de **31 decembrie 2017**, in specialitatea pentru care urmeaza sa sustina examenul.
9. **Medicii şi medicii dentişti** care îşi desfăşoară activitatea în cabinetele medicale individuale vor prezenta:
   - declaraţia notariala pe proprie răspundere **in ORIGINAL** ca desfasoara activitatea si fractia de norma a acesteia la cabinetul individual;
   - adeverinta **in ORIGINAL** eliberata de unitatea sanitara respectiva din care sa rezulte vechimea ca specialist (de cel putin **5 ani**) până la data de **31 decembrie 2017**, precum si cuantumul normei;
   *- copie legalizata a Certificatului (Adeverintei) de medic/medic dentist specialist;
   *- copie legalizata a Certificatului de inregistrare al cabinetului respectiv ;
10. **Farmaciştii** care lucrează în farmacii cu circuit deschis vor prezenta, după caz:
   - declaraţia notariala pe proprie răspundere **in ORIGINAL** ca desfasoara activitatea si fractia de norma a acesteia;
   - adeverinţa **in ORIGINAL** eliberată de unitatea sanitara respectiva din care sa rezulte vechimea ca specialist (de cel putin **5 ani)** până la data de **31 decembrie 2017,** precum si cuantumul normei;
   * - copie legalizata a Certificatului (Adeverintei) de farmacist specialist.
11. Chitanţa de plată a taxei de **550** lei achitată pe numele candidatului prin **ordin de plata** sau **mandat poştal** în contul IBAN nr. **RO36TREZ70020E365000XXXX CUI-4266456, DTMB** (Direcţia de Trezorerie a Municipiului Bucureşti) beneficiar Ministerul Sănătăţii, adresa: str. Cristian Popişteanu Nr. 1-3, sector 1, Bucureşti, cod: 010024. La locul pentru corespondenţă se va menţiona **Taxa examen primariat**.

**** Documentele prevazute la punctele 3-7, respectiv 9-10, vor fi prezentate in copie legalizata sau in original alaturi de copii simple, pentru a se acorda "Conform cu originalul" de catre persoana care verifica dosarul.***

Tel Mobil _____ **SEMNATURA**
DATA: _____

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