

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (initiala tatalui) \_\_\_\_\_, medic, medic dentist sau farmacist rezident in specialitatea \_\_\_\_\_, confirmat prin Ordin M.S. nr. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, avand data de incheiere a stagiului de pregatire la \_\_\_\_\_, 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 sau farmacist specialist, sesiunea din **18 Octombrie – 24 Noiembrie 2017**, in Centrul Universitar \_\_\_\_\_.

Pregatirea s-a efectuat si in alte Centre Universitare, respectiv: \_\_\_\_\_

Certificatul va fi transmis la D.S.P. \_\_\_\_\_

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 (documente ce trebuie sa fie in termen de valabilitate);
- 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.\* 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;
7. Certificat medical **in ORIGINAL** in care se precizeaza ca este apt / inapt din punct de vedere medical (fizic si neuropsihic) pentru examen.
8. Adeverinta **in ORIGINAL** 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 la data de **31.12.2017**;
  - data incheierii pregatirii.
9. 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.
10. 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".

**\* Documentele prevazute la punctele 3-6, 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.**

Numar mobil \_\_\_\_\_

SEMNATURA

DATA: \_\_\_\_\_