

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) (initiala tatalui).....  
nascut(a) la data de.....in localitatea.....judet.....  
medic.....in specialitatea.....,  
la (unitatea de incadrare).....judet.....,  
va rog sa aprobatii inscrierea la examenul pentru obtinerea **atestatului in Implantologie**, avand durata stagiului de pregatire de.....saptamani.

Am efectuat pregatirea in centrul universitar **Bucuresti**, avand ca indrumator..... si doresc sustinerea examenului in centrul de examen **Bucuresti**, conform pregatirii efectuate.

Numar chitanta de plata/data.....

Doresc transmiterea atestatului la DSP.....

**Anexez :**

1. Dosar plic
2. Cerere de inscriere;
3. Copie dupa actul de identitate (BI/CI);
4. Copie dupa documentele de schimbare a numelui (daca este cazul);
5. Copia diplomei de medic dentist;
6. Copia certificatului de medic dentist specialist sau primar;
7. Copia Certificatului de Membru al organizatiei profesionale de profil, cu *viza valabila pentru anul in curs* in conditiile prevazute de Legea nr.95/2006, cu modificarile si completarile ulterioare;
8. Certificate din care sa rezulte absolvirea cursurilor de pregatire, eliberate de catre autoritatile competente conform celor prevazute pentru fiecare atestat(copii xerox)
9. Pentru medicii specialisti care au efectuat pregatirea ca modul obligatoriu in rezidentiat, se depune o copie xerox a modulului din carnetul de rezident, precum si a primei pagini a carnetului
10. Adeverinte sau caracterizari care sa ateste efectuarea stagiilor practice specifice, precum si a numarului de examinari prevazute pentru fiecare tip de atestat (unde este cazul);
11. Adeverinta de la locul actual de munca din care sa reiasa functia si gradul profesional, cu mentionarea specialitatii si a numarului Ordinului de confirmare in gradul profesional;
12. Chitanta de plata a taxei de 400 lei achitata pe numele candidatului prin mandat postal sau OP, in contul IBAN nr. RO36TREZ70020E365000XXXX, CUI - 4266456, DTMB (Directia de Trezorerie a Mun. Bucuresti), beneficiar Ministerul Sanatatii adresa: str. Cristian Popisteanu nr. 1-3, sector 1, Bucuresti, cod: 010024. La locul pentru corespondenta se va mentiona *Taxa participare examen atestate*.

Numar de telefon

SEMNATURA

Mobil.....

Data.....

**Doamnei Director al Directiei de Sanatate Publica a Mun.Bucuresti**