

FORMULAR DE ÎNSCRIERE în Colegiul Medicilor Arges

Subsemnatul(a),(nume).....,(inițiala tatălui)....., (prenume)
..... solicit înscrierea în Colegiul Medicilor Arges și eliberarea
Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România, în conformitate cu datele personale
completate mai jos și cu actele doveditoare anexate cererii.

Date personale

CNP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| sau data nașterii |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|, act de
identitate... . serianr..... data expirării |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|,
permis de ședere (dacă este cazul) seria nr....., nume anterior (dacă este
cazul), statul de origine,
cetățenia 1., cetățenia 2.

Titlul oficial de calificare în medicină:

Diplomă/Adeverință (serie/număr/data eliberării)

|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, eliberată de
promoția recunoscută (dacă este cazul) prin certificatul de recunoaștere având
seria/nr. |_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|,

Cod parafă |_|_|_|_|_|_|_|_|

Pregătirea profesională

- Prima specialitate grad rezident specialist primar
confirmată prin O.M.S. nr. |_|_|_| din data de |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|
- A doua specialitate grad rezident specialist primar
confirmată prin O.M.S. nr. |_|_|_| din data de |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|
- A treia specialitate grad rezident specialist primar
confirmată prin O.M.S. nr. |_|_|_| din data de |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|
- A patra specialitate grad rezident specialist primar
confirmată prin O.M.S. nr. |_|_|_| din data de |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

Atestate de studii complementare: (dacă este cazul)

.....
.....
.....

Titluri deținute în domeniul medicinei umane:

- grad universitar la Universitatea
- doctor în medicină;

- [] master în
- [] cercetător științific gradul
- [] formator în

Loc/Locuri de muncă (Se vor menționa toate locurile de muncă unde solicitantul desfășoară în prezent, activitate medicală, atât pe teritoriul României, cât și pe teritoriul altor state.)*

1. unitatea medicală adresa.....
 tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
2. unitatea medicală adresa.....
 tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
3. unitatea medicală adresa.....
 tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresă de domiciliu

Str..... nr., bl., sc., et.ap....., cod poștal |_|_|_|_|_|, localitatea, satul (dacă este cazul) sectorul (județul), tel. fix |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail .

Adresa de corespondență (dacă este diferită de cea de domiciliu)

Str. nr.,bl., sc..... et. ap., cod poștal |_|_|_|_|_|, localitatea, satul (dacă este cazul) sectorul (județul)

Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în niciuna dintre situațiile prevăzute de art. 388 și 389 din [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale, inclusiv a CNP-ului, și mă oblig să aduc la cunoștința Colegiului Medicilor Arges orice modificare a acestor date.

Data

Semnătura

 (numele și prenumele)

Loc/Locuri de muncă (continuare)*

4. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
5. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
6. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
7. unitatea medicală adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|