

Nr. .... / ..... din .....

## Cerere de eliberare cod parafa

### Datele solicitantului :

Nume.....Inițiala tatălui..... Prenume .....

Nume anterior (căsătorie) .....

Cod numeric personal.....

### Date de contact

Localitatea .....

strada ..... nr. .... bl. .... sc. .... ap.....

telefon.....e-mail .....

### Absolvent al :

..... anul .....

Facultatea absolvită  medicină generală ;  stomatologie

Specialitatea .....

Confirmat prin ord. Ministerului Sănătății nr.....

din anul .....

### Loc de muncă :

Denumire.....

Funcția .....

Vă rog să mă înregistrați în Registrul Național al Medicilor și să-mi eliberați codul de parafă .

Declar pe propria răspundere că nu am primit până în prezent alt cod de parafă (inclusiv de la altă DSP)

Anexez următoarele documente :

- Cerere tip
- Diplomă de absolvire a facultății de medicină/stomatologie
- Certificat de medic specialist
- Certificat de membru al Colegiului Medicilor +Aviz anual
- Adeverință de salariat de la locul de muncă în rețeaua sanitară din județ sau certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor medicale
- Buletin/Card de identitate
- Act schimbare nume, dacă numele actual este diferit față de cel din alte acte
- Diplome de la absolvirea unor cursuri organizate de Ministerul Sănătății care-i conferă: competențe, supraspecializări

Data

.....

Semnătura

.....

Datele cu caracter personal sunt prelucrate conform regulamentului UE Nr. 679/2016