

CERERE

CĂTRE,

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

DIRECȚIA REGLEMENTARE ȘI FORMARE PROFESIONALĂ

SERVICIUL DE PERFECTIONARE ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI RECUNOAȘTERE PROFESIONALĂ

ÎN DOMENIUL SANITAR

BIROUL DE RECUNOAȘTERE A CALIFICĂRILOR REGLEMENTATE

Subsemnatul/a _____, fiul/fiica lui
_____ și _____, născut/ă în
localitatea _____ județul _____ la data de _____,
cu domiciliul în localitatea _____, str _____, nr. _____,
bl. _____, sc. _____ ap. _____, județul _____, telefon _____,
mail _____, având CNP _____, legitimat /a cu
Carte de identitate seria _____ nr. _____ eliberată de către _____,
la data de _____ absolvent/ă a/al _____

_____ din _____ titular/a a/al diplomei seria _____ nr. _____.

Prin prezenta vă rog să îmi eliberați _____
prin care se atesta formarea în profesia de _____
conformă cu prevederile europene în materie de recunoaștere a titlurilor profesionale.

Menționez că am depus următoarele acte:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.

**Vă rog să îmi trimiteți CERTIFICATUL DE CONFORMITATE la Direcția de Sănătate
Publică a Județului Harghita.**

Data

.....

Semnătura

.....