

FORMULAR DE ÎNSCRIERE ÎN COLEGIUL MEDICILOR DIN JUDEȚUL CONSTANȚA

Subsemnatul(a), nume, inițiala tatălui,

prenume solicit înscrierea în Colegiul Medicilor din Județul Constanța 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

Cod numeric personal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, act identitate serie nr.
nume anterior data nașterii |_|_|_|_|_|_|_|_| cetățenia

Titlul oficial de calificare în medicină

Instituție absolvită promoția
Diplomă (serie/număr/data eliberării) |_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Cod parafă |_|_|_|_|_|_|_|_|

Pregătirea profesională

Prima specialitate grad [] rezident [] specialist [] primar

A doua specialitate grad [] rezident [] specialist [] primar

A treia specialitate grad [] rezident [] specialist [] primar

A patra specialitate grad [] rezident [] specialist [] primar

Atestate de studii complementare

[] doctor în medicină grad cercetare grad universitar
la Universitatea

Loc/locuri de muncă (se vor menționa toate locurile de muncă unde solicitantul desfășoară în prezent activitate medicală)*

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

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

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

Adresă de domiciliu

Str., nr., bl.,
sc., et., ap., sector (judet), cod poștal |_|_|_|_|_|_|_|_|,
oraș, tel. fix |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|,
e-mail

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

Str., nr., bl., sc., et., ap. sector

Declar pe proprie raspundere ca nu ma aflu in niciuna din situatiile prevazute de art. 388 si 389 din Legea 95/2006. In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostinta Colegiului Medicilor din Municipiul Bucuresti, orice modificare a acestor date. Declar ca sunt de acord sa primesc notificari si/sau informari din partea Colegiului Medicilor din Municipiul Bucuresti

Data

.....

Semnătura

.....

Nume, prenume

* 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. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
8. unitatea medicală
adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
9. unitatea medicală
adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
10. unitatea medicală
adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
11. unitatea medicală
adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
12. unitatea medicală
adresa tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|