

FIȘĂ ATRIBUIRE COD PARAFĂ

Subsemnatul (a) _____
(numele și prenumele cu inițiala tatălui)
posesor al B.I. (C.I.) Seria _____ nr. _____ având CNP
_____ cunoscând faptul că falsul în declarație este
pedepsit de legea penală, declar pe propria-mi răspundere următoarele:

1. Facultatea absolvită _____
2. Locul absolvirii facultății _____
3. Anul absolvirii facultății _____
4. Anul examenului de licență _____
5. Nume purtate anterior: _____
6. Examene susținute: _____
(titlul medical, ordinul MS, specialitatea medicală)

6. Competențe: _____
 - 6.1. _____
(numle competenței, anul, seria, numărul)
 - 6.2. _____
(numle competenței, anul, seria, numărul)

7. Supraspecializări:

- 7.1. _____
(numele supraspecializării, anul, seria, numărul)

8. Unitatea de încadrare : _____ (numele unității de încadrare)

_____ (adresa unității de încadrare)

8.1. Data încadrării _____

8.2. Funcția ocupată _____

9. Certificat de membru _____ (numărul, data,)

10. Telefon de contact: _____ / _____ / _____
(fix-acasă) (fix-cabinet) (mobil)

11. Codul unității sanitare de încadrare _____.

Subsemnatul/a _____

declar că am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 și îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor și libera circulație a acestor date cu modificările și completările ulterioare.

DA, sunt de acord

NU sunt de acord

Data completării:

Semnătura,