

FIȘĂ ATRIBUIRE COD PARAFĂ

Subsemnatul (a) _____, posesor al B.I. (C.I.)
(numele și prenumele cu inițiala tatălui)

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. Examenе susținute: _____
(titlul medical, ordinul MS, specialitatea medicală)

7. Competențe: _____
- 6.1. _____
(numele competenței, anul, seria, numărul)
- 6.2. _____
(numele competenței, anul, seria, numărul)

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

9. Unitatea de încadrare : _____
(numele unității de încadrare)
- _____
- (adresa unității de încadrare)

- 8.1. Data încadrării _____

- ## 8.2. Funcția ocupată

10. Certificat de membru _____ (numărul, data)

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

12. Codul unității sanitare de încadrare _____

Data completării:

Semnătura