

Anexa nr. 1

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul/a _____,

licențiat 1. medic ☐ 2. medic stomatolog ☐ 3. farmacist ☐

cu finalizarea programului de pregătire: a.) în rezidențiat ☐ b.) a doua specialitate, ☐

la data de la data de ____/____/____, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul pentru obținerea titlului de medic/stomatolog/farmacist specialist, sesiunea 20 aprilie-10 mai 2026.

Specialitatea _____,

Am efectuat pregătirea în această specialitate prin:

1. rezidențiat - confirmat prin OMS nr._____/_____,

2. cea de a doua specialitate cu taxă, începând cu anul_____,

La înscrierea în această sesiune de examen, sunt deja posesor al certificatului de medic specialist în specialitatea _____, din anul_____.

Am calitatea de cadru didactic/cercetător la _____,

Solicit susținerea examenului în centrul universitar _____,

unde am efectuat pregătirea de minimum 6 luni din stagiul de bază în specialitate, în perioada_____.

Solicit transmiterea certificatului la DSP a Jud./DSPMB_____;

date personale:

1. C.N.P. _____,

2. telefon de contact _____,

3. adresa mail _____,

4. loc de muncă cu durată nedeterminată* _____.

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 personale, pentru organizarea examenului și afișarea listelor nominale ale candidaților înscriși pe site-ul www.ms.ro, conform publicației de examen. Datele și documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicația de examen.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la examen.

DA, sunt de acord ☐

NU sunt de acord ☐

Data:

Semnătura:

Domnului Director al Direcției Reglementare și Formare Profesională Medicală

Datele din formular se vor completa cu majuscule și diacritice, conform CI/BI

*Locul de muncă se completează doar de către candidații cu contract pe durată nedeterminată