

DOAMNA DIRECTOR,

Subsemnatul/a _____,
licențiat 1. medic 2. medic dentist/stomatolog 3. farmacist,
cu finalizarea programului de pregătire: a.) în rezidențiat b.) a doua specialitate,
la data de ____/____/_____, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul
pentru obținerea titlului de medic/stomatolog/farmacist Specialist, în specialitatea
_____, din sesiunea **16 octombrie 2025**.

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:

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