

DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul/a _____,
licențiat ca 1. medic 2. medic dentist/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, în specialitatea
_____, din sesiunea **17 aprilie 2024**.

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 _____.

Solicitez susținerea examenului în centrul universitar _____,
unde am efectuat pregătirea de minimum 6 luni din stagiul de bază în specialitate, în
perioada _____.

Solicitez 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 și libera circulație a acestor date cu modificările și completările ulterioare.

Am luat la cunoștință faptul că refuzul meu determină refuzul operatorului/ furnizorului de a
încheia orice contract cu persoana mea sau de a-mi elibera documentele solicitate și în consecință de a
nu-mi furniza serviciile dorite

DA, sunt de acord

NU sunt de acord

Data:

Semnătura:

C ă t r e,

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
A JUDEȚULUI ARAD**

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