

**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 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 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 \_\_\_\_\_.

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:

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