

Către,
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ NEAMȚ

Subsemnatul/a _____
având domiciliul în _____
solicit confirmarea codului de parafă nr. _____ în vederea exercitării profesiei de medic
_____ la unitatea sanitară _____.

Datele personale de contact sunt:

- telefon: _____
- e-mail: _____

Consimțământ prelucrare date cu caracter personal:

Prin semnarea prezentei îmi asum răspunderea asupra corectitudinii, exactității și veridicității datelor înscrise în prezenta cerere și îmi exprim acordul ca DSP Neamț să-mi utilizeze datele cu caracter personal pentru prelucrarea automată și manuală, stocare, arhivare și transmitere la Ministerul sănătății conform prevederilor Ordinului MS nr. 1059/2003.

De asemenea, menționez că am fost instruit de persoana responsabilă cu eliberarea codurilor de parafă din cadrul DSP Neamț cu privire la drepturile privind datele cu caracter personal prevăzute prin Legea nr. 190/2018 și Regulamentul UE nr. 679/2016.

Declar pe proprie răspundere, sub sancțiunea legii penale, că nu am primit un alt cod de parafă până în prezent.

Data

Semnătură

Anexez alăturat:

1. Certificatul de membru eliberat de Colegiul Medicilor/Colegiul Medicilor Dentiști și avizul anual valabil;
2. Dovada locului de muncă:
 - a) Adeverință de la locul de muncă/contract de muncă eliberată de o unitate sanitară din jud. Neamț
 - b) Certificat de înregistrare fiscală (C.I.F.)/Certificat de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale – în cazul înființării unui CMI;
 - c) Certificat Constatator de la Registrul Comerțului/Certificat de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale – în cazul înființării unui S.R.L.
3. Diploma (adeverința) de absolvire a facultății
4. Certificatul de medic specialist/primar
5. Atestat de studii complementare (dacă este cazul);
6. Atestat de echivalare a studiilor obținute în străinătate – eliberat de Ministerul Educației Naționale (dacă este cazul);
7. Certificatul de căsătorie (dacă este cazul)
8. Cartea de identitate

Actele vor fi prezentate în original.