

Către,  
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ NEAMȚ

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_  
având domiciliul în \_\_\_\_\_  
solicit eliberarea unui **nou cod de parafă** în vederea exercitării profesiei de medic \_\_\_\_\_  
la unitatea sanitară \_\_\_\_\_

**Declar pe proprie răspundere, sub sancțiunea legii penale, că am pierdut/mi-a fost furată parafa cu numărul \_\_\_\_\_.**

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.*

Data

Semnătură

Anexez alăturat:

1. Dovada unui anunț dat în unul din ziarele locale privind pierderea sau furtul parafei;
2. Certificatul de membru eliberat de Colegiul Medicilor/Colegiul Medicilor Dentiști și avizul anual valabil;
3. 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 în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale – în cazul CMI/ S.R.L.;
4. Diploma (adeverința) de absolvire a facultății
5. Certificatul de medic specialist/primar
6. Atestat de studii complementare (dacă este cazul);
7. Atestat de echivalare a studiilor obținute în străinătate – eliberat de Ministerul Educației Naționale (dacă este cazul);
8. Certificatul de căsătorie (dacă este cazul)
9. Cartea de identitate

Actele vor fi prezentate în original.