

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI 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 DSPJ 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 DSPJ 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 Stomatologi și avizul anual valabil;
2. Dovada locului de muncă:
 - a) Adeverință de la locul de muncă eliberată de o unitate sanitară din jud. Neamț sau contract de muncă - din care să rezulte confirmarea locului de muncă în specialitate;
 - b) Certificat de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale – în cazul administratorilor unităților sanitare;
3. Diploma (adeverința) de absolvire a facultății;
4. Certificatul de medic specialist/primar;
5. Atestate 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.

