

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI NEAMȚ

Subsemnatul/a, având domiciliul în solicit eliberarea unui cod de parafă în vederea exercitării profesiei de medic la unitatea sanitară, precum și înregistrarea mea în Registrul Teritorial al Medicilor.

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.