Anexa nr. 4

**FORMULAR DE ÎNSCRIERE ÎN COLEGIUL MEDICILOR TELEORMAN**

Subsemnatul(a), nume ......................................................................, inițiala tatălui .........., prenume ................................................................................ solicit înscrierea în Colegiul Medicilor Teleorman și eliberarea Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România, în conformitate cu datele personale completate mai jos și cu actele doveditoare anexate cererii.

**Date personale**

Cod numeric personal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| sau data nașterii |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, act identitate .......... serie .......... nr. ................................,data expirării……..……,permis de ședere (dacă e cazul) ,seria……și nr….…..….nume anterior (dacă este cazul)...................................................................................................... statul de origine……………….....................cetățenia 1 ...................................,cetatenie 2………………..

**Titlul oficial de calificare în medicină**

Diplomă/Adeverintă (serie/ număr/ data eliberării) |\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|eliberată de ….........................................................................................................................promoția……........recunoscută prin certificatul de recunoaștere avînd seria………nr………….din data……………

Cod parafă |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Pregătirea profesională**

Prima specialitate .............................................................. grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar

confirmată prin O.M.S. nr…………… din data………………………………………………….

A doua specialitate ........................................................... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar

confirmată prin O.M.S. nr…………… din data………………………………………………….

A treia specialitate ............................................................. grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar

confirmată prin O.M.S. nr…………… din data………………………………………………….

A patra specialitate ............................................................ grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar

confirmată prin O.M.S. nr…………… din data………………………………………………….

Atestate de studii complementare ..................................................................................................... ............................................................................................................................................................ ………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

Titluri deținute în domeniul medicinei umane:

[ ] grad universitar……………………………la Universitatea………………………………..

[ ] doctor în medicină;

[ ] master în ………………………………………………………………………………………..

[ ] cercetător știintțfic gradul………………………………………………………………………

[ ] formator în……………………………………………………………………………………..

**Loc/ locuri de muncă** (se vor menționa toate locurile de muncă unde solicitantul desfașoară, în prezent, activitate medicală,atat pe teritoriul Romaniei, cat si pe teritoriul altor state)

1. unitatea medicală .......................................................................................................................... adresa.........................................................................................tel. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

2. unitatea medicală .......................................................................................................................... adresa..........................................................................................tel. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

3. unitatea medicală .......................................................................................................................... adresa ....................................................................................... tel. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Adresă de domiciliu**

Str............................................................................, nr. ..... bl. ..., sc. .., et. ..., ap. ..., cod poștal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, localitatea.................................................., satul………………………….. sector (județ).............................................., tel. fix |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, mobil |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, e-mail ...................................................................................... …..

**Adresa de corespondență (dacă este diferită de cea de domiciliu)**

Str. ........................................................................, nr. ....., bl......, sc. ....., et. ..., ap. ..... cod poștal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|,localitatea.............................................................satul………………………… sector (județ) ........................................................

Declar pe proprie răspundere că nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute de art. 388 și 389 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătații,republicată, cu modificările si completările ulterioare, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale, inclusiv a CNP-ului, și mă oblig să aduc la cunoștința Colegiului Medicilor Teleorman orice modificare a acestor date.

Data Semnătura

(Numele si prenumele)

............................ .......................................................

\* **Loc/locuri de muncă** (continuare)

4. unitatea medicală .......................................................................................................................... adresa......................................................................................... tel. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

5. unitatea medicală .......................................................................................................................... adresa..........................................................................................tel. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

6. unitatea medicală .......................................................................................................................... adresa..........................................................................................tel. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

7. unitatea medicală .......................................................................................................................... adresa...........................................................................................tel. \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

8. unitatea medicală .......................................................................................................................... adresa..........................................................................................tel.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

9. unitatea medicală .......................................................................................................................... adresa ……................................................................................ tel. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

10. unitatea medicală ........................................................................................................................ adresa....................................................................................... tel. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

11. unitatea medicală ........................................................................................................................ adresa........................................................................................ tel. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

12 unitatea medicală ........................................................................................................................ adresa........................................................................................ tel. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|