

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____ născut(ă) la
data _____ în localitatea _____
județul _____, având calitatea de
 medic, medic stomatolog, farmacist,
gradul profesional: specialist, primar, fără grad profesional (MG, MD, F);
confirmat în specialitatea _____ prin
Ordinul M.S. nr. _____ / _____, cu loc de muncă la * _____
_____, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul
de obținere a atestatului de studii complementare în _____
_____, din sesiunea **15 mai-6 iunie 2025**,
cu susținerea examenului în centrul universitar _____

Solicit transmiterea atestatului la DSP _____

CNP _____

Telefon _____

E-mail _____

Subsemnatul(a) _____ declar că
am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu
caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 și îmi exprim
consimțământul pentru prelucrarea datelor personale, pentru organizarea examenului și
afișarea listelor nominale ale candidaților înscriși pe site-ul www.ms.ro, conform publicației
de examen. Datele și documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicația de
examen.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la examen.

DA, sunt de acord

NU sunt de acord

Data: _____

Semnătura,

Domnului Director al Direcției Reglementare și Formare Profesională Medicală

Cererea se va completa cu litere de tipar și cu diacritice, conform CI/BI

* Se va completa cu denumirea instituției /angajatorului sau F.P. pentru candidații care nu au loc de muncă la momentul depunerii actelor de înscriere.