Anexa nr. 4

**FORMULAR DE ÎNSCRIERE ÎN COLEGIUL MEDICILOR MARAMUREŞ**

Subsemnatul(a), (**nume**) ......................................................., (**inițiala tatălui)** .........., (**prenume)** ........................................................... solicit înscrierea în Colegiul Medicilor Maramureş 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**

CNP:|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| sau data naşterii |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, act de identitate .......... serie .......... nr. ............................ data expirării |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, permis de şedere (**dacă este cazul**) seria ……….. nr. ………………., nume anterior (**dacă este cazul**) ............................................. statul de origine ………………………… cetățenia **1.** ...................................... cetăţenia **2.** ………………………………

**Titlul oficial de calificare în medicină**

Diplomă/Adeverinţă **(serie/număr/data eliberării)** |\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, eliberată de ……………………………… …………………………………………………………………………….. promoția …………................ recunoscută **(dacă este cazul)** prin certificatul de recunoaştere având seria/nr. |\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

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

**Pregătirea profesională**

* Prima specialitate ............................................................... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin O.M.S. nr. |\_\_|\_\_|\_\_| din data de |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* A doua specialitate .............................................................. grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin O.M.S. nr. |\_\_|\_\_|\_\_| din data de |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* A treia specialitate ............................................................... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin O.M.S. nr. |\_\_|\_\_|\_\_| din data de |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|
* A patra specialitate .............................................................. grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin O.M.S. nr. |\_\_|\_\_|\_\_| din data de |\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Atestate de studii complementare **(dacă este cazul)** ..................................................................................... ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Titluri deţinute în domeniul medicine umane:

[ ] grad universitar ………………………………………. La Universitatea …………………………….;

[ ] doctor în medicină;

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

[ ] cercetător ştiinţific gradul ……………………………………………………………………………….;

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

Loc/locuri de muncă **(se vor menționa toate locurile de muncă unde solicitantul desfașoară în prezent, activitate medical atât pe teritoriul României, cât şi 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. .........., sector (județ) .............................................., cod poștal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, oraș ............................................., tel. fix |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, mobil |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, e-mail ....................................................................

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

Str. ........................................................, nr. ........, bl. ........, sc. ........, et. ........, ap. ........ cod postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, localitatea ……………………….. satul **(dacă este cazul)** …………………… sectorul (judeţul) ………………………………….

Declar pe proprie răspundere că nu mă aflu în niciuna din situatiile prevazute de art. 388 și 389 din Legea nr. 95/2006, privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale, inclusive a CNP-ului, și mă oblig să aduc la cunostința Colegiului Medicilor Maramureş orice modificare a acestor date.

 Data Semnătura

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

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

 **(numele şi 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. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|