

**FORMULAR DE ÎNSCRIERE
în Colegiul Medicilor Braşov**

Subsemnatul(a), (nume), (inițiala tatălui),
(prenume) (nume anterior, dacă este cazul) solicit
înscrierea în Colegiul Medicilor Braşov 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 nașterii |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|, act de identitate
CI |_|, BI |_|, pașaport |_|, seria |_|_|, nr. |_|_|_|_|_|_|, data expirării |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|, permis de ședere (dacă este cazul) seria nr. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, statul de origine cetățenia 1)....., cetățenia 2).....

Titlul oficial de calificare în medicină:

Diplomă licența-facultate sau Adeverință (serie/număr) |_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| data eliberării |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|, eliberată de
..... promoția recunoscută (dacă este cazul) prin certificatul de recunoaștere având seria/număr |_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| data eliberării |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|.
Cod parafă |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|.

Pregătirea profesională:

- Prima specialitate
gradul profesional: |_| rezident, |_| specialist, |_| primar, |_| neprecizat, |_| rezident fără examen de specialist, confirmată prin O.M.S. nr. |_|_|_|_|_| din data de |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|, având seria, nr., eliberat în data de |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

- A doua specialitate
gradul profesional: |_| rezident, |_| specialist, |_| primar, |_| neprecizat, |_| rezident fără examen de specialist, confirmată prin O.M.S. nr. |_|_|_|_|_| din data de |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|, având seria, nr., eliberat în data de |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

- A treia specialitate
gradul profesional: |_| rezident, |_| specialist, |_| primar, |_| neprecizat, |_| rezident fără examen de specialist, confirmată prin O.M.S. nr. |_|_|_|_|_| din data de |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|, având seria, nr., eliberat în data de |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Atestate de studii complementare: (dacă este cazul):

1. Denumire
având seria, nr., eliberat în data de |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

2. Denumire
având seria, nr., eliberat în data de |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

3. Denumire
având seria, nr., eliberat în data de |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

4. Denumire
având seria, nr., eliberat în data de |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Titluri deținute în domeniul medicinei umane:

- grad universitar la Universitatea
- cercetător științific gradul la unitatea de cercetare
- master |_|, - doctor în medicină |_|, - titlu academic:
- formator |_| pentru

Loc/Locuri de muncă (Se vor menționa toate locurile de muncă unde solicitantul desfășoară în prezent, activitate medicală, atât pe teritoriul României, cât și pe teritoriul altor state.)*

1. unitatea medicală adresa
..... e-mailtel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
2. unitatea medicală adresa
..... e-mailtel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
3. unitatea medicală adresa
..... e-mail tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
4. unitatea medicală adresa
..... e-mailtel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresă de domiciliu:

Str. nr., bl., sc., et., ap., cod poștal |_|_|_|_|_|_|_|, localitatea, satul (dacă este cazul) sectorul (județul), tel. fix |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, tel. mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail

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

Str. nr., bl., sc., et., ap., cod poștal |_|_|_|_|_|_|_|, localitatea, satul (dacă este cazul) sectorul (județul)

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

Data |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Semnătura

Nume

Prenume

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Brașov

- Documentul se va tipări față-verso.