

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) _____ născut(ă) la
data _____ în localitatea _____
județul _____, având calitatea de

- medic / medic stomatolog / farmacist,
- având 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 atestaului de studii complementare în
_____ din sesiunea **15 mai – 6 iunie 2025**, cu
susținerea examenului în centrul Universitar _____.

Solicit transmiterea atestatului obținut la DSPJ _____.

CNP _____

Telefon _____

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 de Sănătate Publică Timiș

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.