

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul/(a) _____, confirmat medic rezident/ la a doua specialitate prin OMS nr. _____ din anul _____, în specialitatea **Anestezie și terapie intensivă**, cu finalizarea pregătirii la data de ____/____/____, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de obținere a titlului de medic specialist din sesiunea **13 septembrie 2024 – 14 noiembrie 2025.**

Am efectuat pregătirea în această specialitate prin:

1. rezidențiat - confirmat prin OMS nr. _____/_____,
2. cea de a doua specialitate cu taxă, începând cu anul _____,

La înscrierea în această sesiune de examen, sunt deja posesor al certificatului de medic specialist în specialitatea _____, din anul _____.

Am efectuat pregătirea în centrele universitare: _____;

Solicít înscrierea în centrul universitar: _____;

Solicít transmiterea certificatului obținut la:

1. Direcția de sănătate publică a județului _____;
2. Direcția de sănătate publică a Municipiului București;

Date personale:

1. C.N.P. _____,
2. Nr. telefon contact _____,
3. adresa mail _____,
4. loc de muncă cu durată nedeterminată* _____,

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 prevăzute în publicația de examen pentru organizarea examenului și afișarea listelor nominale ale candidaților înscriși. Datele și documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicația de examen.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la pregătire/examen/concurs.

DA, sunt de acord

NU sunt de acord

Data:

Semnătura:

Domnului Director al Direcției Reglementare și Formare Profesională Medicală

Datele se vor completa cu litere de tipar și diacritice, conform actului de identitate

*Locul de muncă se completează doar de către candidații cu contract de muncă pe durată nedeterminată