



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

PROGRAMUL SĂNĂTATE

Obiectivul de politică 4: O Europă mai socială și mai favorabilă incluziunii, prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale

Prioritatea 3: Creșterea eficacității și rezilienței sistemului medical în domenii critice, de importanță strategică cu impact transversal asupra serviciilor medicale și asupra stării de sănătate

Obiectiv specific: ES04.7.

Titlul proiectului: EXCELL-MED: Creșterea calității educației medicale prin standardizare și inovare

Cod MySMIS: 336593

ANEXA 1

CERERE ÎNSCRIERE

(medici rezidenți)

Subsemnatul/a _____,
CNP _____, domiciliat/ă în _____,
str. _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, Et. _____, ap. _____, în calitate de în
calitate de **medic rezident specialitatea** _____,
angajat al _____,
(denumire spital public)

Solicit înscrierea în grupul țintă al proiectului „EXCELL-MED: Creșterea calității educației medicale prin standardizare și inovare” cod SMIS 336593, prevăzut în cadrul subactivității A2.2 - Pilotarea noilor curricule pe specialități și dezvoltarea de standarde generale și de indicatori de evaluare a calității pregătirii în specialitate.

Adresa de email pentru corespondență în cadrul procesului de selecție/ comunicare rezultat selecție:

Declarație pe propria răspundere

Subsemnatul, declar pe proprie răspundere, cunoscând dispozițiile articolului 326 Cod Penal cu privire la falsul în declarații, că nu am beneficiat și/ sau nu beneficiaz de activități similare de formare prin stagii pilotate din noua curriculă (specialitatea _____) de pregătire dezvoltată/ îmbunătățită/ actualizată în cadrul subactivității A1.2 a proiectului (Organizarea și derularea unor programe de formare dedicate personalului implicat în formarea și pregătirea de medici rezidenți) a proiectului EXCELL-MED: Creșterea calității educației medicale prin standardizare și inovare/ Cod MySMIS 336593. De asemenea, declar că nu am beneficiat în proiecte diferite de sesiuni de formare similare.

Nume/ Prenume

Semnătura

Data completare formular
