**FORMULAR DE ÎNSCRIERE ÎN COLEGIUL MEDICILOR IAȘI**

Subsemnatul(a), (nume) ............................................, (iniţiala tatălui) ....................., (prenume) .................................... solicit înscrierea în Colegiul Medicilor Iaşi şi eliberarea Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România, în conformitate cu datele personale completate mai jos şi cu actele doveditoare anexate cererii.

 **Date personale**

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

 **Titlul oficial de calificare în medicină:**

 Diplomă/Adeverinţă (serie/număr/data eliberării) |\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|.|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, eliberată de .......................... promoţia ................. 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 medicinei umane:

 [ ] grad universitar ........................... la Universitatea ........................................;

 [ ] doctor în medicină;

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

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

 [ ] formator în ....................................................................

 Loc/Locuri de muncă (Se vor menţiona toate locurile de muncă unde solicitantul desfăşoară în prezent, activitate medicală, 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. …..., cod poştal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, localitatea ......................, satul (dacă este cazul) ................... sectorul (judeţul) ........................., tel. fix |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, mobil |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, e-mail .................................................

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

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

 Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în niciuna dintre situaţiile prevăzute de art. 388 şi 389 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale, inclusiv a CNP-ului, şi mă oblig să aduc la cunoştinţa Colegiului Medicilor Iaşi 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. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|