

Nr. inregistrare...../data.....

CĂTRE,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ JUD.ILFOV

Subsemnatul _____, având
CNP, vă rog să binevoiți
a-mi elibera un:



Cod de parafă, pentru care anexez următoarele acte:

- Dosar plic
- Buletin de identitate/ carte de identitate (copie si original);
- Dovada schimbării numelui (dacă este cazul)
- Certificat de căsătorie/ sentință divorț (copie si original);
- Certificat de membru al Colegiului Medicilor/ Colegiul Medicilor Stomatologi valabil, conform Legii 95/2006 (copie si original);
- Confirmarea în specialitate prin Ordinul Ministrului Sănătății
- Certificat de medic specialist/ primar eliberat de Ministerul Sănătății (copie si original);
- Adeverință de salariat de la angajator (original); contract de muncă (copie si original). Pe acestea se va specifica sub semnătură, faptul că documentele prezentate la angajare au fost verificate de serviciul resurse umane angajator. Cele două documente atestă și dovada locului de muncă ca medic într-o unitate sanitară publică/privată din județul Ilfov;
- Certificat înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, emis de Direcția de Sănătate Publică Ilfov (copie), pentru unitățile înregistrate în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale.
- Diploma de licență (copie si original)
- Declarație pe propria răspundere că până în prezent nu a primit alt cod de parafă (semnata si datata).



Cod nou de parafă, în caz de pierdere, furt, pentru care anexez următoarele acte:

- Dosar plic
- Buletin de identitate/ carte de identitate (copie si original);
- Dovada schimbării numelui (dacă este cazul)
- Certificat de căsătorie/ sentință divorț (copie si original);
- Certificat de membru al Colegiului Medicilor/ Colegiul Medicilor Stomatologi valabil, conform Legii 95/2006 (copie si original);
- Confirmarea în specialitate prin Ordinul Ministrului Sănătății
- Certificat de medic specialist/ primar eliberat de Ministerul Sănătății (copie si original);
- Adeverință de salariat de la angajator (original); contract de muncă (copie si original). Pe acestea se va specifica sub semnătură, faptul că documentele prezentate la angajare au fost verificate de serviciul resurse umane angajator. Cele două documente

atestă și dovada locului de muncă ca medic într-o unitate sanitară publică/privată din județul Ilfov;

- Certificat înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, emis de Direcția de Sănătate Publică Ilfov (copie), pentru unitățile înregistrate în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale.

☐ **Confirmare cod de parafa nr.....**, pentru care anexez următoarele acte:

- Dosar plic
- Buletin de identitate/ carte de identitate (copie stampilata cu codul de parafa si original);
- Dovada schimbării numelui (dacă este cazul)
- Certificat de căsătorie/ sentință divorț (copie si original);
- Certificat de membru al Colegiului Medicilor/ Colegiul Medicilor Dentiști valabil, conform Legii 95/2006 (copie si original);
- Confirmarea în specialitate prin Ordinul Ministrului Sănătății
- Certificat de medic specialist/ primar eliberat de Ministerul Sănătății (copie si original);
- Adeverință de salariat de la angajator (original); contract de muncă (copie si original). Pe acestea se va specifica sub semnătură, faptul că documentele prezentate la angajare au fost verificate de serviciul resurse umane angajator. Cele două documente atestă și dovada locului de muncă ca medic într-o unitate sanitară publică/privată din județul Ilfov;
- Certificat înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, emis de Direcția de Sănătate Publică Ilfov (copie), pentru unitățile înregistrate în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale.

Consimțământ prelucrare date cu caracter personal

Prin semnarea prezentei îmi asum răspunderea asupra corectitudinii, exactității și veridicității datelor înscrise în prezenta cerere și îmi exprim acordul ca DSP Ilfov să-mi utilizeze datele cu caracter personal pentru prelucrarea automată și manuală, stocare, arhivare și transmitere la Ministerul Sănătății conform prevederilor Ordinului MS nr.1059/2003. De asemenea, am luat la cunoștință de pe site-ul <https://dspilfov.ro/informareGDPR.pdf> despre drepturile privind datele cu caracter personal prevăzute în Legea nr.190/2018 și Regulamentul UE nr.679/2016.

Semnătura solicitantului _____

Telefon mobil _____