

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:

- Buletin de identitate/ carte de identitate (copie);
- Dovada schimbării numelui (dacă este cazul) - certificat de căsătorie/ sentință divorț (copie);
- Certificat de membru al Colegiului Medicilor/ Colegiul Medicilor Stomatologi, conform Legii 95/2006 (copie);
- Confirmarea în specialitate prin Ordinul Ministrului Sănătății - Certificat de medic specialist/ primar eliberat de Ministerul Sănătății (copie);
- Adeverință de salariat de la angajator (original); contract de muncă (copie). 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;
- Pentru unitățile înregistrate în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale – certificat înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, emis de Direcția de Sănătate Publică Ilfov(copie)

Declar pe propria răspundere că până în prezent nu am primit alt cod de parafă.

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

- Buletin de identitate/ carte de identitate (copie);
- Dovada schimbării numelui (dacă este cazul) - certificat de căsătorie/ sentință divorț (copie);
- Certificat de membru al Colegiului Medicilor/ Colegiul Medicilor Stomatologi, conform Legii 95/2006 (copie);
- Confirmarea în specialitate prin Ordinul Ministrului Sănătății - Certificat de medic specialist/ primar eliberat de Ministerul Sănătății (copie);
- Adeverință de salariat de la angajator (original); contract de muncă (copie). 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;
- Pentru unitățile înregistrate în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale – certificat înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, emis de Direcția de Sănătate Publică Ilfov(copie)

- confirmare cod de parafa nr.....**, pentru care anexez următoarele acte:
- Buletin de identitate/ carte de identitate (copie);
 - Dovada schimbării numelui (dacă este cazul) - certificat de căsătorie/ sentiță divorț (copie);
 - Certificat de membru al Colegiului Medicilor/ Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii 95/2006 (copie);
 - Confirmarea în specialitate prin Ordinul Ministrului Sănătății - Certificat de medic specialist/ primar eliberat de Ministerul Sănătății (copie);
 - Adeverință de salariat de la angajator (original); contract de muncă (copie). 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;
 - Pentru unitățile înregistrate în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale – certificat înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, emis de Direcția de Sănătate Publică Ilfov(copie)

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 <http://dspilfov.ro/PROTECTIA DATELOR CU CARACTER PERSONAL/> despre drepturile privind datele cu caracter personal prevăzute în Legea nr.190/2018 și Regulamentul UE nr.679/2016.

Semnătura solicitantului _____

Telefon mobil _____