

## FIȘĂ PERSONALĂ A MEDICULUI

Subsemnatul(a)

Nume: \_\_\_\_\_ Inițiala tatălui: \_\_\_\_\_ Prenume: \_\_\_\_\_

Cod numeric personal: \_\_\_\_\_ act identitate \_\_\_\_\_ serie \_\_\_\_\_ nr.: \_\_\_\_\_

Nume anterior: \_\_\_\_\_ Data nașterii: \_\_\_\_\_ Cetățenia: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Titlul oficial de calificare în medicină:**

Instituție absolvită: \_\_\_\_\_ promoția: \_\_\_\_\_

Diploma (serie, număr, data eliberării): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cod parafă: \_\_\_\_\_

**Pregătirea profesională:**

Specialitate: \_\_\_\_\_ grad  rezident  specialist  primar

A doua specialitate: \_\_\_\_\_ grad  rezident  specialist  primar

A treia specialitate: \_\_\_\_\_ grad  rezident  specialist  primar

Atestate de studii complementare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doctor în medicină; grad cercetare \_\_\_\_\_; grad universitar: \_\_\_\_\_  
la universitatea: \_\_\_\_\_

**Loc de muncă (activitate medicală / Spital plătit pentru medicii rezidenți):**

Unitatea medicală: \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Loc de muncă 2:** \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Modalități de contact:**

Domiciliul: oras: \_\_\_\_\_ str.: \_\_\_\_\_ nr.: \_\_\_\_\_

bloc: \_\_\_\_\_ scara: \_\_\_\_\_ etaj: \_\_\_\_\_ apartament: \_\_\_\_\_ sector (judet): \_\_\_\_\_ cod \_\_\_\_\_

Telefon fix: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Adresa de corespondenta (dacă este diferită de adresa de domiciliu)

str.: \_\_\_\_\_ nr.: \_\_\_\_\_ bl: \_\_\_\_\_ sc: \_\_\_\_\_ et: \_\_\_\_\_ ap: \_\_\_\_\_ sector: \_\_\_\_\_ cod \_\_\_\_\_

*Declar pe proprie răspundere că nu contravin prevederilor art.382 și 383 din Legea nr.95/2006, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale cuprinse în prezenta cerere și voi anunța orice modificare a acestor date.*

*Semnătura*

\_\_\_\_\_