

C Ă T R E ,
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CONSTANȚA

Subsemnatul (a) _____ vă rog să binevoiți

- a mă înregistra în Registrul Județean al Medicilor în scopul obținerii codului de parafă și/sau
- a-mi elibera o adeverința care să confirme codul de parafă ce-mi este atribuit.

(se bifează obiectul solicitării)

Totodată, prin depunerea cererii îmi exprim consimțământul cu privire la prelucrarea de către Direcția de Sănătate Constanța, a tuturor datelor cu caracter personal, obținute cu ocazia completării prezentei cereri. Aceste date cu caracter personal vor putea fi folosite de Direcția de Sănătate Constanța în următoarele scopuri, prevăzute exemplificativ, dar nu și limitativ:

- în scopul acordării codului de parafă și pentru prelucrare automată și manuală, stocare, arhivare și transmitere la Ministerul Sănătății conform prevederilor Ordinului MS nr. 1059/2003– conform art. 6 alin. 1 lit. c) și lit.e) din GDPR;
- în scopul respectării obligațiilor legale– conform art. 6 alin. 1 lit. e) din GDPR;
- în scopul îndeplinirii obiectului de activitate – conform art. 6 alin. 1 lit. a) din GDPR.

De asemenea, menționez că am fost informat de către persoana responsabilă cu eliberarea codurilor de parafă din cadrul DSP Constanța cu privire la drepturile mele legate de prelucrarea datelor cu caracter personal prevăzute în Legea nr. 190/2018 și Regulamentul UE nr. 679/2016 și Legii nr. 190/2018.

Petru înregistrarea /actualizarea datelor în Registrul Județean al Medicilor conform Ordinului . Ministrului Sănătății nr. 1059/20.11.2003 privind declararea nominală obligatorie și evidența medicilor, precizez următoarele:

1. Nume anterior căsătoriei (dacă este cazul): _____
2. Inițiala tatălui: _____
3. Cod numeric personal: _____
4. Facultatea absolvită: _____
5. Locul absolvirii facultății: _____
6. Anul absolvirii facultății: _____ 7. Anul examenului de stat/licență: _____
8. Titlu medical la examen 1: _____
9. Specialitatea medicala examen 1: _____
10. An ordin MS la examen 1: _____ 11. Număr ordin MS pt. examen 1: _____
12. Titlu medical la examen 2: _____
13. Specialitatea medicala examen 2: _____

14. An ordin MS la examen 2: _____	15. Număr ordin MS pt. examen 2: _____		
16. Competența 1: _____	17. Anul _____	18. Seria: _____	Nr.: _____
19. Competența 2: _____	20. Anul _____	21. Seria: _____	Nr.: _____
22. Competența 3: _____	23. Anul _____	24. Seria: _____	Nr.: _____
25. Competența 4: _____	26. Anul _____	27. Seria: _____	Nr.: _____
28. Supraspecializare 1: _____	29. Anul _____	30. Seria: _____	Nr.: _____
31. Supraspecializare 2: _____	32. Anul _____	33. Seria: _____	Nr.: _____
34. Supraspecializare 3: _____	35. Anul _____	36. Seria: _____	Nr.: _____

37. Felul încadrării în funcția de bază:
38. Unitatea funcției de bază:
39. Serv/Secția funcției de bază: _____
40. Funcția de bază: _____
41. Specialitatea funcției de bază: _____
42. Modul de ocupare a funcției de bază: _____
43. Data încadrării în funcția de bază (zi/luna/an): _____

Rubricile 44-46 se completează numai în cazul în care persoana nu mai lucrează în nici o unitate din județ

44. Cauza inactivității: _____
45. Anul de cînd nu mai activează (sau a plecat în alt județ): _____
Luna _____ Ziua _____
46. Județul în care a plecat: _____

Anexez prezentei cereri copii cu specificația „**Conform cu originalul**” după următoarele documente:

- Carte Identitate/Permis ședere , valabil în momentul aplicării
- Dovada schimbării numelui (dacă este cazul) - certificat de căsătorie/ sentiță divorț ;
- Certificat de membru al Colegiului Medicilor/ Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii 95/2006;
- Confirmarea în specialitate prin Ordinul Ministrului Sănătății - Certificat de medic specialist/ primar eliberat de Ministerul Sănătății;
- Adeverință de salariat de la angajator (original), contract de muncă înregistrat în REVISAL prin care se atestă dovada locului de muncă ca medic specialist într-o unitate sanitară public/ privată din județul Constanța;
- Pentru unitățile înregistrate în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale – certificat înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, emis de Direcția de Sănătate Publică ;
Certificat ONRC Constatator în cazul SC și PF
- Dovadă publicare anunț în presa locală a pierderii parafei (dacă este cazul) – Chitanta și anunț .

(se bifează documentele depuse în copie)

Cunoscând prevederile art.326 și ale art.327 din Codul Penal, cu privire la falsul în declarații și falsul privind identitatea, declar pe proprie răspundere ca datele înscrise în prezenta cerere sunt conforme cu realitatea și, de asemenea, că nu am primit până în prezent alt cod de parafă (inclusiv în alte rețele sanitare MApN,MAI,MJ,SRI)

Constanța,

Nume și prenume,

Data:

Semnătura solicitantului _____

Telefon mobil: _____