

Domnului Director General

Subsemnatul/a (nume, prenume cu inițiala tatălui) Dr. \_\_\_\_\_  
medic/rezident/specialist/primar \_\_\_\_\_ confirmat conform OMS nr. \_\_\_\_\_ din  
anul \_\_\_\_\_, cu domiciliul stabil în \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ vă rog să binevoiți a aproba eliberarea unui CERTIFICAT DE  
CONFORMITATE care să ateste formarea în profesia de medic conform DC 2005/36/CE.

Solicitez transmiterea acestui CERTIFICAT DE CONFORMITATE la D.S.P. Dolj

Anexez următoarele documente în ordinea de mai jos:

1. Cerere în care se vor preciza și datele de contact (adresă, nr. de telefon, mail);
2. Copia actului de identitate;
3. Copia legalizată după diploma de bacalaureat;
4. Copia legalizată după diploma de medic;
5. Copia legalizată după foaia matricolă/ suplimentul la diplomă;
6. Adeverință eliberată de Facultatea de Medicină absolvită, în care se precizează perioada în care au fost efectuate studiile universitare;
7. Copie legalizată după documentele de schimbare a numelui (dacă este cazul);
8. Copie după certificatul de medic specialist eliberat de Ministerul Sănătății în format nou, începând cu luna mai 2007 (certificat galben, cu timbru sec);
9. Copia legalizată a carnetului de rezident din care să rezulte stagiul complet de pregătire;
10. Adeverință (dovada) eliberată de angajator privind exercitarea efectivă și legală a activităților pe o durată de **3 ani din ultimii 5**, sau copia legalizată a cărții de muncă, adusă la zi (pentru unități sanitare publice) – **pentru SECUNDARIAT**;
11. Adeverință (dovada) eliberată de angajator pentru exercitarea efectivă și legală a activităților pe o durată de **minimum 3 ani consecutiv din ultimii 5**, sau copia legalizată a cărții de muncă, adusă la zi (pentru unități sanitare publice). – **pentru specialitatea Chirurgie și Ortopedie Infantilă**;
12. Adeverință eliberată de casele de asigurări de sănătate județene sau a municipiului București în care se precizează că la data de 01.01.2017 **desfășurau activitățile de medicină de familie în relație contractuală cu acestea**. – **pentru medicii de Medicină generală cu drept de liberă practică, precum și medicii specialiști Medicină de familie, care au dobândit specialitatea pe bază de stagiul și vechime (nu au efectuat pregătire de specialitate prin rezidențiat)**.

**Adresa de corespondență**

Str \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
Bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_ et. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_  
Sector \_\_\_\_\_ București  
Tel: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Data / Semnătura**