

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

BRĂILA

Nr. data

DOMNULE DIRECTOR GENERAL,

Subsemnata(ul) dr. medic dentist
domiciliat(ă) în.....
tel....., e-mail.....vă rog să binevoîți
a-mi aproba eliberarea certificatului de conformitate.

Solicit transmiterea acestui certificat la DSP Brăila.

Anexez următoarele documente:

- copia actului de identitate;
- copia legalizată a diplomei de bacalaureat;
- copia legalizată a diplomei de medic stomatolog;
- copia legalizată a foii matricole;
- adeverință eliberată de facultatea de stomatologie absolvită în care se precizează
perioda în care au fost efectuate studiile universitare;
- copia certificatului de medic specialist eliberat de Ministerul Sănătății în format nou,
începând cu luna mai 2007 (certificatul galben, cu timbru sec);
- declarație notarială pe proprie răspundere că am exercitat efectiv, legal și neîntrerupt
activitate 3 ani consecutiv din ultimii 5;
- copia legalizată a documentelor de schimbare a numelui (dacă este cazul);

DATA

SEMNĂTURA

**DOMNULUI DIRECTOR GENERAL AL DIRECȚIEI GENERALE RESURSE UMANE ȘI
CERTIFICARE din MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**