

DOMNULE DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,  
nume purtat anterior \_\_\_\_\_ fiul/fica lui \_\_\_\_\_ și  
\_\_\_\_\_, născut(ă) în localitatea \_\_\_\_\_  
județul \_\_\_\_\_ la dat de \_\_\_\_\_  
cu domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_, strada \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
bl. \_\_\_\_\_,  
sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,  
telefon \_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_, având  
CNP \_\_\_\_\_, legitimat(ă) cu CI seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de  
către \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_, absolvent (ă) a  
\_\_\_\_\_, în anul \_\_\_\_\_

Titular (ă) a diplomei de licență seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ și  
al (a) certificatului de medic / medic dentist/ farmacist specialist/primar seria  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_, specialitatea  
\_\_\_\_\_

Cu loc de muncă la \_\_\_\_\_  
din data de \_\_\_\_\_ și vechime în funcția de  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ani \_\_\_\_\_ luni la data prezentei.

Prin procura nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ împuternicesc pe dl/d-  
na \_\_\_\_\_.

Prin prezenta vă rog să-mi eliberați **certificatul de conformitate / să-mi  
reactualizația certificatul de conformitate** prin care se atestă formarea în profesia de  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, în conformitate cu prevederile Directivei  
nr.2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind recunoașterea  
calificărilor profesionale, cu modificările și completările ulterioare

Solicite ca documentele să-mi fie trimise la D.S.P.Braila

*Anexez următoarele documente:*

1. Copia\* actului de identitate și copia după documentele de schimbare a numelui (dacă este cazul)
2. Copia\* după diploma de bacalaureat
3. Copia\* după diploma de medic/ medic dentist / farmacist
4. Copia\* după foaia matricolă
5. Copie\* certificat de membru – CMR, CMD, CFR.
6. adeverință eliberată de Facultatea de medicină absolvită, în care se precizează perioada în care au fost absolvite studiile universitare
7. Copia\* după certificatul de medic specialist /primar eliberat de MS în format nou, începând cu luna mai 2007 (certificatul galben cu timbru sec).
8. Copia\* carnetului de rezident din care să rezulte stagiul complet de pregătire
9. a) – copie\* după carnetul de muncă  
b) – sau adeverința eliberată de la unitatea angajatoare din care să rezulte experiența profesională de medic specialist, farmacist specialist pe o durată de minim 3 ani consecutivi din ultimii 5 ani care preced eliberării certificatului  
c) - sau declarație notarială pe propria răspundere că a exercitat efectiv, legal și neîntrerupt activitate 3 ani consecutiv din ultimii 5 ani
9. Documentul privind recunoașterea calificării în U.E. eliberat de Ministerul Sănătății, în original nr. \_\_\_\_\_ (ptr reactualizare certificat).
12. Alte documente

---

Dosarul conține \_\_\_\_ file.

Vă mulțumesc.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

**\* Copiile documentelor vor fi prezentate împreună cu documentele în format original în vederea certificării pentru conformitate.**

Domnului Director al Direcției Generale Resurse Umane, Juridic și Contencios  
in cadrul Ministerului Sănătății