ANEXA 2

Domnule Director Executiv,

Subsemnatul (a),
Nume _____ inițiala tatălui ___ Prenume _____
Nume anterior (căsătorie) _____CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
absolvent al facultății de medicină generală / medicină dentară din (localitatea) _____
promotia _____ medic specialist /primar in specialitatea (după caz) _____ confirmat prin ordinul Ministerului Sanatatii nr _____ din anul _____ incadrat la _____ cod unitate sanitara, cabinet Registru Unic al Cabinetelor Medicale |__|__|__|__|__|__|, vă rog să binevoiți a-mi aproba atribuirea **UNUI NOU COD DE PARAFA**

**Declar pe propria răspundere că am pierdut/mi-a fost furată parafa cu codul |__|__|__|__|__|__|**

Anexez urmatoarele acte* :
1. Diploma de medic - Copie
2. Certificat membru al Colegiului Medicilor / Colegiul Medicilor Dentiști Brăila - COPIE
3. Adeverinta loc de munca – ORIGINAL (nu se prezintă în cazul înființării unui CMI)
4. Confirmarea in specialitate -Certificat medic specialist / primar - COPIE
5. Buletin /carte identitate – COPIE
6. Acte doveditoare ale modificarii numelui, *(daca e cazul:* certificat de casatorie/sentinta divort etc) – COPIE
7. Dovada declarării nule a parafei cu codul _____

telefon contact _____ e-mail _____

Data _____ semnatura _____

***Copiile documentelor vor fi prezentate împreună cu documentele originale în vederea certificării pentru conformitate.**

Domnului Director al Directiei de Sanatate Publica Brăila

**Compartiment statistica și informatica in sanatate publica**

Prezenta documentație a fost verificată și este conformă cu Procedura de atribuire a codului de parafa.

Data _____ Semnatura functionarului public _____