CĂTRE COLEGIUL MEDICILOR ALBA
Alba-Iulia, str. Lucian Blaga, nr. 8, jud. Alba

FORMULAR de înscriere în Colegiul Medicilor ALBA

Subsemnatul(a), (nume) ....., (iniţiala tatălui) ....., (prenume) ....., solicit înscrierea în Colegiul Medicilor ALBA şi eliberarea Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România, în conformitate cu datele personale completate mai jos şi cu actele doveditoare anexate cererii.

Date personale
CNP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| sau data naşterii |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|, act de identitate ..... seria ..... nr....., data expirării |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|, permis de şedere (dacă este cazul) seria ..... nr. ....., nume anterior (dacă este cazul) ....., statul de origine ..... cetăţenia 1 ..... cetăţenia 2 .....

Titlul oficial de calificare în medicină
Diplomă/Adeverinţă (serie/număr/data eliberării) |_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|, eliberată de ....., promoţia ....., recunoscută (dacă este cazul) prin Certificatul de recunoaştere având seria/nr. |_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|
Cod parafă |_|_|_|_|_|_|_|

Pregătirea profesională
- Prima specialitate ..... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. |_|_|_| din data de |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|
- A doua specialitate ..... grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. |_|_|_| din data de |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

Atestate de studii complementare: (dacă este cazul) .....
.....
.....

Titluri deţinute în domeniul medicinei umane
[ ] grad universitar ..... la Universitatea .....
[ ] doctor în medicină
[ ] master în .....
[ ] cercetător ştiinţific gradul .....
[ ] formator în .....

Loc/Locuri de muncă (Se vor menţiona toate locurile de muncă unde solicitantul desfăşoară în prezent activitate medicală, atât pe teritoriul României, cât şi pe teritoriul altor state.)*:
1. unitatea medicală ....., adresa ....., tel. .....
2. unitatea medicală ....., adresa ....., tel. .....
3. unitatea medicală ....., adresa ....., tel. .....

Adresă de domiciliu
Str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ...., et. ....., ap. ....., cod poştal |_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|, localitatea ....., satul (dacă este cazul) ....., sectorul (judeţul) ....., tel. fix |_| |_|_|_|_|_|_|_|_|, mobil |_| |_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail .....

Adresa de corespondenţă (dacă este diferită de cea de domiciliu)

Str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ...., et. ....., ap. ....., cod poştal |_| |_|_|_|_|_|_|_|_|, localitatea ....., satul (dacă este cazul) ....., sectorul (judeţul) .....

Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în niciuna dintre situaţiile prevăzute de art. 388 şi 389 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, sunt de acord cu prelucrarea datelor personale, inclusiv a CNP-ului, şi mă oblig să aduc la cunoştinţa Colegiului Medicilor ALBA orice modificare a acestor date.

Subsemnatul/a, înțeleg să depun și să respect:

JURAMÂNTUL LUI HIPOCRATE

„Odată admis printre membrii profesiunii de medic: Mă angajez solemn să-mi consacru viaţa în slujba umanității; Voi păstra profesorilor mei respectul şi recunoștința care le sunt datorate; Voi exercita profesiunea cu conștiință și demnitate; Sănătatea pacienților va fi pentru mine obligația sacră; Voi păstra secretele încredințate de pacienţi, chiar şi după decesul acestora; Voi menţine, prin toate mijloacele, onoarea şi nobila tradiţie a profesiunii de medic; Colegii mei vor fi fraţii mei; Nu voi îngădui să se interpună între datoria mea şi pacient considerații de naţionalitate, rasă, religie, partid sau stare socială; Voi păstra respectul deplin pentru viaţa umană de la începuturile sale chiar sub amenințare şi nu voi utiliza cunoștințele mele medicale contrar legilor umanității. Fac acest jurământ în mod solemn, liber, pe onoare!"

DATA SEMNĂTURA