



Școala Națională de Sănătate Publică, Management
și Perfecționare în Domeniul Sanitar București
Str. Vaselor 31, 021253, Sectorul 2, București; tel.:(021)252 7834, 252 7893, fax: (021)252 3014
contact@snspsms.ro, www.snspsms.ro

Centrul Național de Dezvoltare Profesională în Domeniul Sanitar
Str. Bodești 1, 022434, Sectorul 2, București; tel.:(021)2550360, (021) 2555544, fax (021)2556445

Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, potrivit notificării nr. 6519, în conformitate cu Legea nr. 677/2001, în scopul participării la programele de dezvoltare profesională, în scop statistic, de cercetare științifică și în vederea cazării în cămine. Datele pot fi dezvăluite unor terți în baza unui temei legal justificat. Vă puteți exercita drepturile de acces, de intervenție și de opoziție în condițiile prevăzute de Legea nr. 677/2001, printr-o cerere scrisă, semnată și datată, trimisă pe adresa instituției.

Nr. _____ / _____

DOMNULE DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul (a) Dr./Farm. _____ născut(ă) la
data de: zi _____ lună _____ an _____, în localitatea _____, județul
_____ medic/farmacist specialist/primar în specialitatea _____,
angajat al _____ vă rog să binevoiți a aproba înscrierea
la programul de studii complementare pentru obținerea atestatului în _____
_____, ce se va desfășura, sub coordonarea CNDPDS din
cadrul SNSPMPDSB, în Centrul de pregătire _____, la spitalul
/institutul _____, având ca responsabil de program
pe dl./dna. _____, în perioada _____.

Documente necesare pentru înscriere:

- Diploma de absolvire a facultății de Medicină Generală/Medicină Dentară/Farmacie – *copie*
 - Certificatul de membru al Colegiului Medicilor/Medicilor Dentiști/Farmacienților din România (după caz) - *copie*
 - Ordinul de confirmare ca medic/farmacist specialist/primar - *copie*
 - Copie după cartea de identitate
 - Acordul angajatorului privind participarea la programul de pregătire**
 - Certificatul de înregistrare al CMI/declarația pe proprie răspundere că nu sunt angajați, pentru cei care nu se află în relație contractuală cu CNAS sau alt angajator
 - Curriculum vitae (numai pentru Managementul serviciilor de sănătate)
 - Adeverință de vechime în specialitate (dacă este impusă de prevederile curriculare)
 - Dovada achitării (total sau parțial, după caz) taxei de instruire în contul SNSPMPDSB - copie.**
- În cazul neprezentării la programul de pregătire, ulterior începerii acestuia (ulterior semnării contractului de parteneriat între SNSPMPDSB și responsabilul de program), taxele nu se mai returnează.

Semnătura solicitantului

Telefon: _____ Fax: _____
E-mail: _____@_____

Domnului Director General al SNSPMPDSB