**Catre,**

**DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDETULUI CLUJ**

**Subsemnatul(a)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, născut(ă)

la data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_județul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

• medic / medic dentist / farmacist\*,

• având gradul profesional de: specialist / primar / fără grad profesional (ex:MG, D, F);

confirmat în specialitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

prin Ordinul M.S. nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu loc de muncă la \*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de obținere a atestatului de studii complementare

în\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**din sesiunea 9 noiembrie 2016**, cu susținerea examenului în centrul universitar

Solicit transmiterea atestatului obținut la **DSPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Telefon de contact :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cluj-Napoca Semnatura**

**Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cererea se va completa cu litere de tipar și cu diacritice, conform CI/BI**

**\*** Se va încercui/sublinia varianta corectă a titlului de licență.

\*\* Se va completa cu denumirea instituției /angajatorului sau F.P. pentru candidații care

nu au loc de muncă la momentul depunerii actelor de înscriere.