

# CĂTRE DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CLUJ

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_  
vă rog să binevoiți a mă înregistra în Registrul Județean al Medicilor și să-mi eliberați un act de confirmare a codului de parafă.

Petru înregistrare în Registrul Județean al Medicilor vă prezint mai jos datele solicitate conform Ordinului Ministrului Sănătății nr. 1059/20.11.2003 *privind declararea nominală obligatorie și evidența medicilor*:

1. Nume anterior căsătoriei (dacă este cazul): \_\_\_\_\_
  2. Inițiala tatălui: \_\_\_\_\_
  3. Cod numeric personal: \_\_\_\_\_
  4. Facultatea absolvită: \_\_\_\_\_
  5. Locul absolvirii facultatii: \_\_\_\_\_
  6. Anul absolvirii facultatii: \_\_\_\_\_ 7. Anul examenului de stat: \_\_\_\_\_
  8. Titlu medical la examen 1: \_\_\_\_\_
  9. Specialitatea medicala examen 1: \_\_\_\_\_
  10. An ordin MS la examen 1: \_\_\_\_\_ 11. Numar ordin MS pt. examen 1: \_\_\_\_\_
  12. Titlu medical la examen 2: \_\_\_\_\_
  13. Specialitatea medicala examen 2: \_\_\_\_\_
  14. An ordin MS la examen 2: \_\_\_\_\_ 15. Numar ordin MS pt. examen 2: \_\_\_\_\_
  16. Competenta 1: \_\_\_\_\_ 17. Anul: \_\_\_\_\_ 18. Seria: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_
  19. Competenta 2: \_\_\_\_\_ 20. Anul: \_\_\_\_\_ 21. Seria: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_
  22. Competenta 3: \_\_\_\_\_ 23. Anul: \_\_\_\_\_ 24. Seria: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_
  25. Competenta 4: \_\_\_\_\_ 26. Anul: \_\_\_\_\_ 27. Seria: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_
  28. Supraspecializare 1: \_\_\_\_\_ 29. Anul: \_\_\_\_\_ 30. Seria: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_
  31. Supraspecializare 2: \_\_\_\_\_ 32. Anul: \_\_\_\_\_ 33. Seria: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_
  34. Supraspecializare 3: \_\_\_\_\_ 35. Anul: \_\_\_\_\_ 36. Seria: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_
  37. Felul încadrării în funcția de baza: \_\_\_\_\_
  38. Unitatea funcției de baza: \_\_\_\_\_
  39. Serv/Sectia funcției de baza: \_\_\_\_\_
  40. Funcția de baza: \_\_\_\_\_
  41. Specialitatea funcției de baza: \_\_\_\_\_
  42. Modul de ocupare a funcției de baza: \_\_\_\_\_
  43. Data încadrării în funcția de baza (Zi/Luna/An): \_\_\_\_\_
- Rubricile 44-46 se completează numai în cazul în care persoana nu mai lucrează în nici o unitate din județ**
44. Cauza inactivității: \_\_\_\_\_
  45. Anul de cînd nu mai activează (sau a plecat în alt județ): \_\_\_\_\_  
Luna \_\_\_\_\_ Ziua \_\_\_\_\_
  46. Județul în care a plecat: \_\_\_\_\_

## CONSIMȚĂMÎNT PRELUCRARE DATE CU CARACTER PERSONAL

Prin semnarea prezentei îmi asum răspunderea asupra corectitudinii, exactității și veridicității datelor înscrise în prezenta cerere și îmi exprim acordul ca DSP Cluj să-mi utilizeze datele cu caracter personal pentru prelucrare automată și manuală, stocare, arhivare și transmitere la Ministerul Sănătății conform prevederilor Ordinului MS nr. 1059/2003.

De asemenea, menționez că am fost instruit de către persoana responsabilă cu eliberarea codurilor de parafă din cadrul DSP Cluj cu privire la drepturile privind datele cu caracter personal prevăzute în Legea nr. 190/2018 și Regulamentul UE nr. 679/2016.

Cluj-Napoca

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

Semnătura solicitantului \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_