

**CĂTRE**

**DIRECȚIA DE SĂNĂȚATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CLUJ**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_  
fiul/fiica lui \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_  
nascut/a in localitatea \_\_\_\_\_ judetul \_\_\_\_\_  
la data de \_\_\_\_\_, cu domiciliul in localitatea \_\_\_\_\_  
, str \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, judet/sector \_\_\_\_\_,  
**telefon** \_\_\_\_\_, **mail** \_\_\_\_\_  
avand CNP \_\_\_\_\_, legitimat/a cu Carte de Identitate / Pasaport  
seria: \_nr. \_\_\_\_\_ eliberata/eliberat de catre \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_  
absolvent/a a \_\_\_\_\_

in anul \_\_\_\_\_, titular/a a/al diplomei de licenta seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, si al certificatului de  
medic/medic dentist/farmacist specialist, ordin MS nr \_\_\_\_\_ anul \_\_\_\_\_,

Prin \_\_\_\_\_

imputernicit in baza procurii speciale nr \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_,

Va rog sa imi eliberati **CERTIFICATUL / RECOMANDAREA** care atesta formarea in profesia de \_\_\_\_\_  
conform cu prevederile europene in materie de recunoastere a titlurilor profesionale.

Anexez prezentei cereri urmatoarele documente:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

Data:

Semnatura