

Se va completa de către Compartimentul de Statistică/Informatică în Sănătate Publică	
Nr. Reg.	_____ / _____
Data	____ / ____ / ____
CP	_____

CĂTRE

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CLUJ

Subsemnatul(a) _____,
identificat(ă) prin CNP _____, inițiala tatălui _____, nume anterior căsătoriei
(dacă este cazul) _____, medic _____
_____ vă rog binevoiți să (bifați o singură opțiune):

- ☐ mă **ÎNREGISTRĂ** în Registrul Județean al Medicilor și să îmi eliberați un act de confirmare. Atașez prezentei cereri copii ale următoarelor acte:
- Carte de identitate/pașaport/permis de ședere;
 - Certificat de căsătorie (dacă este cazul);
 - Certificat de membru al Colegiului Medicilor/Colegiului Medicilor Stomatologi;
 - Viza anuală de la Colegiul Medicilor/Colegiul Medicilor Stomatologi;
 - Certificat de Medic Specialist/Primar (dacă este cazul);
 - Un act oficial (contract de muncă/colaborare/prestări servicii, Autorizație sanitară de funcționare pentru CMI etc.) din care rezultă data, modul și unitatea sanitară din județul Cluj în care îmi desfășor activitatea.

- ☐ îmi **MODIFICĂ** datele din Registrul Județean al Medicilor și să îmi eliberați un act de confirmare. Pentru identificarea mea, menționez că dețin codul de parafă _____. Atașez prezentei cereri copii ale următoarelor acte:

- Carte de identitate/pașaport/permis de ședere;
- Acte care susțin modificarea (suspendarea activității, certificat specialist, loc de muncă nou, certificat de căsătorie, obținerea cetățeniei, etc.):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

- ☐ îmi **ANULĂ** codul de parafă din Registrul Județean al Medicilor și să îmi eliberați un act de confirmare. Pentru identificarea mea, menționez că dețin codul de parafă _____. Atașez prezentei cereri copii ale următoarelor acte:

- Carte de identitate/pașaport/permis de ședere;
- Declarație pe proprie răspundere cu privire la motivul solicitării (pierdere, furt etc.).

- ☐ îmi **ELIBERAȚI UN ACT DE CONFIRMARE** a înregistrării mele în Registrul Județean al Medicilor. Pentru identificarea mea, menționez că dețin codul de parafă _____. Atașez prezentei cereri copii ale următoarelor acte:

- Carte de identitate/pașaport/permis de ședere.

CONSIMȚĂMÂNT 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 informat(ă) cu privire la drepturile privind datele cu caracter personal prevăzute în Legea nr. 190/2018 și Regulamentul UE nr. 679/2016.

Semnătura solicitantului

Data _____

Telefon _____

E-mail: _____