

CERERE

CĂTRE : DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI TELEORMAN

Subsemnatul/a _____,
nume purtat anterior _____ fiul/fiica lui _____ și _____,
nascut/ă în localitatea _____ județul _____ la data de _____,
cu domiciliul în localitatea _____, str _____, nr. _____,
bl. _____, sc. _____ ap. _____, județ/sector _____, telefon _____,
mail _____, având CNP _____,
legitimat /ă cu Carte de identitate seria _____ nr. _____ eliberată de către _____,
la data de _____ absolvent/ă al/a _____

_____ în anul _____ titular/ă al/a diplomei de licență seria _____ nr. _____
și al certificatului de medic/medic dentist/farmacist specialist seria _____ nr. _____ din
data _____, specialitatea _____.
Prin _____, împuternicit în baza procurii speciale
nr. _____ din data de _____,

Prin prezenta vă rog să îmi eliberați **Documentul care atestă formarea în profesia de**
_____ **conformă**
DC 2005/36/CE și/sau asimilarea denumirilor titlurilor de calificare cu cel prevăzut pentru
România de această normă conform documentelor depuse.

Menționez că am depus următoarele documente justificative:

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

Data

.....

Semnătura

.....