

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BRĂILA

Nr. data

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnata(ul)(nume, prenume cu initiala tatălui) dr _____
medic/rezident/specialist/primar primar.... _____ confirmat conform
OMS nr. _____ din anul _____ cu domiciliul stabil în _____

vă rog să binevoiți a-mi aproba eliberarea documentului necesar recunoașterii calificărilor românești în celelalte state membre al Uniunii Europene.

Solicit transmiterea acestui document la D.S.P. Brăila.

Anexez următoarele documente în ordinea de mai jos:

1. cerere în care se precizează datele de contact: (adresa, număr telefon, mail)
2. copia xerox a actului de identitate;
3. copia legalizată a diplomei de bacalaureat;
4. copia legalizată a diplomei de medic;
5. copia legalizată a foii matricole;
6. adeverință eliberată de facultatea de medicină absolvită în care se precizează perioada în care au fost efectuate studiile universitare;
7. copia legalizată a documentelor de schimbare a numelui (dacă este cazul);
8. copia xerox a *certificatului de medic specialist* eliberat de Ministerul Sănătății *în format nou*, începând cu luna mai 2007 (certificatul galben, cu timbru sec);
9. copia legalizată a carnetului de rezident din care să rezulte stagiu complet de pregătire / copia legalizată a carnetului de muncă, din care rezultă perioada de pregătire / adeverințe eliberate de clinicele de pregătire (cu semnătura șefului secției, a managerului unității și stampila unității).
10. adeverință eliberată de angajator privind exercitarea efectivă și legală activităților pe o durată de 3 ani din ultimii 5 sau copia legalizată a carnetului de muncă, adus la zi pentru SECUNDARIAT;
11. adeverință eliberată de angajator privind exercitarea efectivă și legală a activităților pe o durată de minim 3 ani consecutivi din ultimii 5 sau copia legalizată a cărții de muncă, adusă la zi pentru specialitatea Chirurgie și ortopedie pediatrică;
12. adeverință eliberată de casele de asigurări de sănătate în care se precizează că la data de 01.01.2007 desfășurau activitățile de medicină de familie în relație contractuală u acestea- pentru medicii de Medicina generală cu drept de liberă practică, precum și medicii specialiști Medicina de familie, care au dobândit specialitatea pe bază de stagiu și vechime(nu au efectuat pregătirea de specialitate printr rezidențiat)

(data)

(semnătura)

telefon : - fix _____

- mobil _____

adresa email _____