

Către Direcția de Sănătate Publică Argeș

Cerere eliberare fișă cod parafă medic,

Domnule Director Executiv,

Subsemnatul (a)

Nume.....Inițiala tatălui.....

PrenumeNume anterior (căsătorie).....

CNP _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

absolvent alpromoția.....

medic medic specialist medic primar.....

în specialitatea.....

confirmat prin ordinul Ministerului Sănătății nr.....din anul

cu domiciliul stabil în localitatea..... str.....

nr....., bl., ap....., sc... telefon contact e-mail.....

încadrat la - unitatea sanitară

- Cabinet medical.....

cod cabinet Registru Unic al Cabinetelor Medicale _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Menționez -că nu am cod de parafă.....

-că am codul de parafă _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Anexez următoarele acte :

- 1.Cerere prin care se solicită eliberarea codului de parafă,
- 2.Diploma de absolvire a facultății (de medicină/stomatologie) COPIE,
- 3.Certificatul de membru al Colegiului Medicilor /de la Colegiul Medicilor Dentiști conform Legii 95/2006 din care să reiasă specialitatea - COPIE,
- 4.ADEVERINȚĂ DE LA LOCUL DE MUNCĂ (eliberată de o unitate sanitară din județul Argeș),
- 5.Confirmarea în specialitate prin ordinul Ministerului Sănătății -Certificat medic specialist / primar – COPIE,
- 6.Atestat de echivalare studii licență în cazul obținerii diplomei în altă țară,
- 7.Atestat de recunoaștere a specialității obținute de medic în altă țară,
- 8.Buletin /carte identitate – COPIE,
- 9.Acte doveditoare ale modificării de nume, *dacă e cazul* certificat de căsătorie/sentiță divorț etc – COPIE,
- 10.Talonul statistic de înregistrare a medicului – de completat,
- 11.Statutul profesional și civil pentru obținerea codului de parafă –de completat,
- 12.Dovada unui anunț dat în unul din ziarele locale privind pierderea sau furtul parafei (dacă este cazul).

Codul de parafă se eliberează conform ORDINULUI Nr. 1059 din 20 noiembrie 2003

privind declararea nominală obligatorie și evidența medicilor.

Documentele în copii Xerox se aduc împreună cu ACTELE ÎN ORIGINAL.

Datele cu caracter personal sunt prelucrate conform regulamentului UE NR..679/2016

Data

semnătura



DECLARAȚIE
PRIVIND STATUTUL PROFESIONAL ȘI CIVIL
pentru obținerea codului de parafă

Subsemnatul având CNP
(numele, inițiala tatălui și prenumele)

cunoscând faptul că falsul în declarații este pedepsit de legea penală, declar pe propria-mi răspundere următoarele:

1. Facultatea absolvită
(numele facultății, localitatea)

2. Anul absolvirii facultății

3. Anul examenului de licență

4. Nume purtate anterior

4.1.
(certificat de căsătorie/act de nume/act de divorț, seria, nr., anul)

4.2.
(certificat de căsătorie/act de nume/act de divorț, seria, nr., anul)

5. Examine susținute:

5.1.
(titlul medical, ordinul MS, anul ord.MS, specialitatea medicală)

5.2.
(titlul medical, ordinul MS, anul ord.MS, specialitatea medicală)

6. Competențe:

6.1.
(numele competenței, anul, seria, numărul)

6.2.
(numele competenței, anul, seria, numărul)

6.3.
(numele competenței, anul, seria, numărul)

7. Supraspecializări:

7.1.
(numele supraspecializării, anul, seria, numărul)

7.2.
(numele supraspecializării, anul, seria, numărul)

8. Unitatea de încadrare:
(numele unității de încadrare)

str. nr. sect.
(adresa unității de încadrare - numai pentru CMI în curs de înființare)

8.1. Data încadrării

8.2. Funcția ocupată 8.3. secția
(dacă este cazul)

8.4. Alte funcții ocupate 8.5. normă
(conducere, didactică, cercetare, farmaceutică, administrativă) (întreagă, parțială)

9. Altă unitate de încadrare:
(numele unității de încadrare)

9.1. Funcția ocupată 9.2. secția
(dacă este cazul)

9.3. Alte funcții ocupate 9.4. normă
(conducere, didactică, cercetare, farmaceutică, administrativă) (întreagă, parțială)

10. Altă unitate de încadrare:
(numele unității de încadrare)

10.1. Funcția ocupată 10.2. secția
(dacă este cazul)

10.3. Alte funcții ocupate 10.4. normă
(conducere, didactică, cercetare, farmaceutică, administrativă) (întreagă, parțială)

11. Altă unitate de încadrare:
(numele unității de încadrare)

11.1. Funcția ocupată 11.2. secția
(dacă este cazul)

11.3. Alte funcții ocupate 11.4. normă
(conducere, didactică, cercetare, farmaceutică, administrativă) (întreagă, parțială)

12. Autorizația de liberă practică medicală
(numărul, data, durata de valabilitate)

13. Telefoane de contact / /
(fix - acasă) (fix - cabinet) (mobil)

telefonul din baza de date

14. Codul unității sanitare de încadrare

--	--	--	--	--	--	--	--

Data

Semnătura (și parafa)

.....

Prezenta s-a întocmit pentru actualizarea bazei de date privind evidența medicilor din ARGEȘ, în conformitate cu
ordinul MS nr. 1059 / 20.11.2003.

TALON STATISTIC DE INREGISTRARE A MEDICULUI		
1	NUME ANTERIOR CASATORIE / DIVORT	
2	NUME ACTUAL	
3	INITIAL-A TATĂLUI	
4	PRE-NUME	
5	CNP	
6	TELE-FON	
7	FACULTATEA ABSOLVITA	
8	ANIUL ABSOLVIRII FACULTATII	
9	U.M.F. DIN LOCALITATEA	
10	AN EXAMEN / SPECIALIST / PRIMAR	
11	Nr. ORDIN de confirmare M.S.	
12	SPECIALITATEA MEDICAL-A	
13	LOC MUNCA	CABINET MEDICAL IND. / SOC.MED
		SPITAL
		AMBULATORIU
14	UNITATEA SANITARA ANGAJATOARE	
15	ADEVERINTA SALARIAT sau CONTRACT	din data
16	CODUL UNITATII ANGAJATOARE inregistrat in Registrul Unic Judetean (certificat emis de DSP)	
17	DECLAR PE PROPRIE RĂSPUNDERE CA NU AM PRIMIT PANA IN PREZENT ALT COD DE PARAFĂ (inclusiv de la alta DSP)	
18	DECLAR PE PROPRIE RĂSPUNDERE CA AM PIERDUT 1 MI-A FOST FURATA SI ANEXEZ ANUNTUL PUBLICAT DIN DATA DE •	
SEMNĂTURA		
DATA DEPUNERII DOCUMENTATIEI:		