Nr. înregistrare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cerere**

pentru eliberare adeverință

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. Subsemnatul/Subsemnata** | | |
| **Nume** | **Nume anterior** |  |
| **Prenume** | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Cod numeric personal** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
|  | | |
| **II. Gradul profesional**: | | |
| **III. Solicit eliberarea unei adeverințe din care să rezulte că nu mi s-au aplicat sancțiuni prevăzute la articolul 455 alin. 1, lit. e) sau f) la articolul 541 alin. 1 lit. d) sau e) din legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată cu modificările și completările ulterioare, aceasta fiindu-mi necesară în scopul :**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...** | | | |
| **IV. Destinatarul\* :** | | | |
|  | | | |
| \*Instituția care solicită prezentarea | | | |

**Denumirea publicării anunțului în** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| Data |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătura

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către colegiul teritorial/național pentru realizarea scopului și obiectivelor sale, precum și pentru prestarea serviciilor solicitate de către dumneavoastră sau pentru campanii de informare efectuate de către colegiul teritorial/național în condițiile mai sus-menționate, inclusiv prin transmiterea de buletine informative, anunțuri, mesaje text (sms), e-mail etc., în format tipărit sau electronic. Aceste informații pot fi comunicate titularului datelor.**

**Departament Secretariat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nume, prenume solicitant |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătură Semnătură Președinte CMSB