

Către ,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ JUDEȚEANĂ VASLUI

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul/Subsemnata (inițiala tatălui),
medic (specialist/primar) în specialitatea,
vă rog să binevoiți a-mi aproba atribuirea **unui nou cod de parafă**, în vederea exercitării profesiei de medic.

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea legii penale, că actualul cod de parafă
___/___/___/___/___/___/___, a fost (pierdut/ furat)

Menționez că sunt absolvent/ă al/a Facultății,
promoția, medic (specialist/primar) în specialitatea,
confirmat/ă prin Ordinul Ministrului Sănătății nr. din anul, domiciliat/ă în
județul, localitatea, strada, nr.,
bloc, ap ,având CNP, telefon, e-mail
încadrat/ă la unitatea sanitară/cabinetul medical

Anexez la prezenta cerere documentele necesare pentru obținerea codului de parafă:

1. **Cerere tip**, disponibilă la sediul instituției sau pe site-ul oficial, completată și semnată de medicul care solicită codul de parafă.
2. **Dovada publicării anunțului privind pierderea sau furtul parafei**, în presa locală sau în Monitorul Oficial al României (*copie anunț*)
3. **Dovada desfășurării activității într-o unitate sanitară publică sau privată** (înregistrată în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale și care deține Autorizație Sanitară de Funcționare) **din județul Vaslui**, respectiv: **adeverință de salariat eliberată de angajator (original) / contract individual de muncă (copie și original) / contract de prestări servicii (copie și original)**, din

care să rezulte funcția ocupată, specialitatea confirmată, numărul Ordinului Ministrului Sănătății, tipul și durata contractului, precum și data încadrării în funcția de medic specialist.

4. **Certificatul de medic specialist/ primar** eliberat de Ministerul Sănătății (*copie și original*);
5. **Diplomă de absolvire a facultății de medicină/stomatologie** (diplomă de licență sau adeverință de licență) (*copie și original*);
6. **Atestatul de echivalare a studiilor**, dacă este cazul (*copie și original*);
7. **Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România /Colegiului Medicilor Stomatologi din România**, precum și **Avizul anual privind exercitarea profesiei de medic**, valabil pentru anul în curs (*copie și original*);
8. **Diplome de la absolvirea a unor cursuri organizate de Ministerul Sănătății** care conferă competențe și/sau supraspecializări. (*copie și original*);
9. **Actul de identitate** aflat în termen de valabilitate (*copie și original*);
10. **Dovada schimbării numelui (dacă este cazul)** – certificat de căsătorie/ hotărâre judecătorească de divorț (*copie și original*);
11. Certificatul constatator emis de Oficiul Național al Registrului Comerțului pentru SRL; dovada înregistrării la Administrația Financiară (CIF) pentru CMI
12. **Consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal**, conform Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR)

- ☐ Declar pe proprie răspundere, sub sancțiunea legii penale că până la data prezentei **nu mi-a fost atribuit un nou cod de parafă**, inclusiv de către o altă Direcție de Sănătate Publică.
- ☐ Declar pe propria răspundere că documentele depuse de către mine la Direcția de Sănătate Publică Județeană Vaslui sunt autentice, nu sunt false sau falsificate și corespund realității.
- ☐ În conformitate cu prevederile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declarații, prin prezenta, declar pe propria răspundere că îmi asum consecințele penale în situația depunerii unor acte de studii false sau falsificate

Data,

Semnătura,