

Către ,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ JUDEȚEANĂ VASLUI
DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul/Subsemnata (inițiala tatălui),
medic 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
posesor/ posesoare al/a codului de parafă, solicit eliberarea unei adeverințe care să ateste
inactivarea codului de parafă nr., ca urmare a transferului meu în rețeaua medicală
specială a Ministerului

Anexez următoarele documente:

1. Dovada încadrării într-o unitate sanitară din rețeaua specială M.A.N. / M.I.;
2. Adeverința cu codul de parafă eliberată de către DSPJ Vaslui;
3. Actul de identitate aflat în termen de valabilitate (*copie și original*);
4. Consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal, conform Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR)

- ☐ **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