

Subsemnatul(a),

nume, inițiala tatălui, prenume

specialitate [] rezident [] specialist [] primar,

vă rog să-mi aprobați eliberarea unei adeverințe din care să rezulte punctajul EMC realizat în ultimii 5 ani, aceasta fiindu-mi necesară pentru ocuparea postului de

..... la

publicat în nr. /

Declar pe proprie raspundere ca nu ma aflu in niciuna din situatiile prevazute de art. 388 si 389 din Legea 95/2006. In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostinta Colegiului Medicilor din Municipiul Bucuresti, orice modificare a acestor date. Declar ca sunt de acord sa primesc notificari si/sau informari din partea Colegiului Medicilor din Municipiul Bucuresti.

Data

.....

Semnătura

.....

Câmpurile următoare se completează de către personalul CMMB - Departamentul Profesional științific

Nr. intrare/ieșire: data:

Cursuri postuniversitare absolvite	Particip./prez. lucrări la manifestări științifice	Publicații	Abon. publicații / Membru societăți specialitate
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

[continuare pe pagina urmatoare]

