

CĂTRE,

**COLEGIUL MEDICILOR DIN JUDEȚUL ARAD,**

**Subsemnatul** (Nume) \_\_\_\_\_

(Prenume) \_\_\_\_\_

cetățenia \_\_\_\_\_

(inclusiv dubla cetățenie)

CNP \_\_\_\_\_

Născut în loc. \_\_\_\_\_ Jud. \_\_\_\_\_ țara \_\_\_\_\_

La data de \_\_\_\_\_

**Medic : specialitatea** \_\_\_\_\_ grad prof. \_\_\_\_\_

Obținut la data de \_\_\_\_\_ prin OMS nr. \_\_\_\_\_

specialitatea \_\_\_\_\_ grad prof. \_\_\_\_\_

Obținut la data de \_\_\_\_\_ prin OMS nr. \_\_\_\_\_

specialitatea \_\_\_\_\_ grad prof. \_\_\_\_\_

Obținut la data de \_\_\_\_\_ prin OMS nr. \_\_\_\_\_

**Cu atestatul (competența) de studii complementare :**

\_\_\_\_\_ obținut la data de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ obținut la data de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ obținut la data de \_\_\_\_\_

**cu nr.de identificare profesională (cod parafă)** \_\_\_\_\_

**având locul de muncă la \*** \_\_\_\_\_

loc \_\_\_\_\_ jud. \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bl. \_\_\_\_\_ sc. \_\_\_\_\_

et. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_

**prin prezenta** vă rog să-mi eliberați **CERTIFICATUL PROFESIONAL CURENT**  
document necesar în vederea:

exercitării profesiei de medic în afara granițelor României

întocmirii dosarului de înscriere la examenul de promovare profesională sau de ocupare al unui post de medic

înființării de cabinete medicale

și având ca destinatar (denumirea și sediul destinatarului) \_\_\_\_\_

**Menționez că:**

**1) Nu m-am aflat și nu mă aflu în nici unul din cazurile de suspendare sau de interzicere temporară sau definitivă a dreptului de exercitare a profesiei de medic, inclusiv de interzicere a unor activități medicale.**

**2) Nu am avut alte sancțiuni disciplinare**

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

\*În absența acestuia se completează cu adresa domiciliului , sau după caz a reședinței.