

C Ă T R E,

COLEGIUL MEDICILOR ARAD

Subsemnata/Subsemnatul _____
Medic (grad profesional) _____ specialitatea _____
_____, prin prezenta vă rog să aveți amabilitatea de a-
mi elibera -CERTIFICATUL C.M.A. pe baza căruia se exercită a profesia de medic.

Anexez următoarele:

- Diplomă legalizată
- Asigurare de răspundere civilă profesională (malpraxis)
- Certificat de căsătorie
- Certificat de Cazier Judiciar
- Certificat de Sănătate tip A5 cu timbru fiscal (cu avizul psihiatric sau neurologic)
- Confirmare specialitate / primariat
- Certificat de competență
- Adeverință de la locul de muncă
- Copie BI/CI
- Jurământul lui Hipocrate, în formulare modernă adoptată la Geneva - 1975
- Declarație pe propria răspundere că nu sunt în nici unul de cazurile de nedemnități și incompatibilități
- Documentația aferentă (diplome, certificate, articole, cărți etc) necesară calculării numărului de ore EMC, conform Programului de Educație Medicală Continuă.
Menționez că până la data prezentei am acumulat un nr. total de _____ ore EMC.

Vă mulțumesc,

Arad, _____

Semnătura