

CĂTRE

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CLUJ

Subsemnatul/a _____, fiul/fiica lui
_____ si _____, nascut/a in
localitatea _____ judetul _____ la data de _____,
cu domiciliul in localitatea _____, str _____, nr. _____,
bl. _____, sc. _____, ap. _____, judet/sector _____, **telefon** _____,
mail _____, avand CNP _____,
legitimata/a cu Carte de Identitate / Pasaport seria _____ nr. _____ eliberata/eliberat
de catre _____, la data de _____
absolvent/a a _____

in anul _____, titular/a a/al diplomei de licenta seria _____ nr. _____,
si al certificatului de medic/medic dentist/farmacist specialist, ordin MS nr _____ anul _____,

Prin _____,
imputernicit in baza procurii speciale nr _____ din data de _____,

Va rog sa imi eliberati **CERTIFICATUL / RECOMANDAREA** care atesta formarea
in profesia de _____,
conform cu prevederile europene in materie de recunoastere a titlurilor profesionale.

Anexez prezentei cereri urmatoarele documente:

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.
.....
5.
.....
6.
.....

- 7.
.....
- 8.
.....
- 9.
.....
- 10.
.....

Data:

Semnatura: