

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 _____,
legitimat /a cu Carte de identitate seria _____ nr. _____ eliberata de
catre _____, la data de _____ absolvent/a
a/al _____
_____ din _____ titular/a a/al diplomei seria _____ nr. _____.
Prin _____, imputernicit in baza procurii speciale
nr. _____ din data de _____,

Prin prezenta va rog sa imi eliberati _____
prin care se atesta formarea in profesia de _____
este conforma cu prevederile europene in materie de recunoastere a titlurilor profesionale.

Mentionez ca am depus urmatoarele acte:

1. Cerere
2. Dosar plic
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

Data

Semnatura