

**CĂTRE
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**

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 prezenta va rog sa imi trimiteti CERTIFICATUL DE CONFORMITATE prin
care se atesta formarea in profesia de _____
la Directia de Sanatate Publica a Judetului Cluj.**

Mentionez ca m-am regasit pe lista Dvs in data _____ la pozitia _____.

Cu multumiri

Data

.....

Semnatura

.....