

**ȘCOALA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ, MANAGEMENT ȘI  
PERFECTIONARE ÎN DOMENIUL SANITAR BUCUREȘTI**

Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, potrivit notificării nr. 6519, în conformitate cu Legea nr. 677/2001, în scopul participării la programele de dezvoltare profesională, în scop statistic, de cercetare științifică. Datele pot fi dezvăluite unor terți în baza unui temei legal justificat. Vă puteți exercita drepturile de acces, de intervenție și de opoziție în condițiile prevăzute de Legea nr. 677/2001, printr-o cerere scrisă, semnată și datată, trimisă pe adresa instituției.

**Comisia locală de examen** \_\_\_\_\_

**Specializarea** \_\_\_\_\_

**CERERE DE ÎNSCRIERE**

Subsemnatul/a .....  
(numele și prenumele)

domiciliat/ă în localitatea ....., str. ....,

nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/județul .....

C.I./B.I. sr. .... nr. ...., CNP \_\_\_\_\_,

solicit înscrierea la examenul organizat în perioada **18.10 – 31.10.2016** pentru obținerea

specializării .....

*Menționez că am luat la cunoștință de prevederile Normelor de organizare și desfășurare a programelor de pregătire pentru obținerea specializărilor în domenii complementare specialității de bază de către asistenții medicali generaliști și asistenții medicali de pediatrie, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 613 din 09.05.2013, cu modificările și completările ulterioare.*

.....  
(semnătura)

.....  
(data)