

Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DOMNULE DIRECTOR GENERAL**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, nume purtat anterior \_\_\_\_\_ fiul/fiica lui \_\_\_\_\_ și \_\_\_\_\_, nascut/ă în localitatea \_\_\_\_\_ județul \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_, cu domiciliul în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, județ/sector \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_, mail \_\_\_\_\_, având CNP \_\_\_\_\_, legitimat /ă cu Carte de identitate seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ eliberată de către \_\_\_\_\_, la data de \_\_\_\_\_ absolvent/ă l/a \_\_\_\_\_

în anul \_\_\_\_\_ titular/ă al/a diplomei de licență seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ și al/a certificatului de medic/medic dentist/farmacist specialist seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_, specialitatea \_\_\_\_\_ cu loc de muncă la \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_ și vechime în funcția de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ani \_\_\_\_\_ luni la data prezentei.

Prin procura nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ împuternicesc pe dl./d-na \_\_\_\_\_.

Prin prezenta vă rog să îmi eliberați **certificatul de conformitate** prin care se atestă formarea în **profesia** de \_\_\_\_\_, în conformitate cu prevederile Directivei nr. 2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind recunoașterea calificărilor profesionale, cu modificările și completările ulterioare.

Anexez următoarele documente:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_

Data

Semnătura

.....

.....