

**CĂTRE**

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CLUJ**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,  
identificat(ă) prin CNP \_\_\_\_\_, inițiala tatălui \_\_\_\_\_, nume anterior căsătoriei  
(dacă este cazul) \_\_\_\_\_, medic \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ vă rog binevoii să (bifați o singură opțiune):

- mă **ÎNREGISTRĂ** în Registrul Județean al Medicilor și să îmi eliberați un act de confirmare. Atașez prezentei cereri copii ale următoarelor acte:
- Carte de identitate/pașaport/permis de ședere;
  - Certificat de căsătorie (dacă este cazul);
  - Certificat de membru al Colegiului Medicilor/Colegiului Medicilor Stomatologi;
  - Viza anuală de la Colegiul Medicilor/Colegiul Medicilor Stomatologi;
  - Certificat de Medic Specialist/Primar (dacă este cazul);
  - (Opțional) Un act oficial (contract de muncă/colaborare/prestări servicii, Autorizație sanitară de funcționare pentru CMI etc.) din care rezultă data, modul și unitatea sanitară din județul Cluj în care îmi desfășor activitatea.

- îmi **MODIFICĂ** datele din Registrul Județean al Medicilor și să îmi eliberați un act de confirmare. Pentru identificarea mea, menționez că dețin codul de parafă \_\_\_\_\_ . Atașez prezentei cereri copii ale următoarelor acte:
- Carte de identitate/pașaport/permis de ședere;
  - Acte care susțin modificarea (suspendarea activității, certificat specialist, loc de muncă nou, certificat de căsătorie, obținerea cetățeniei, etc.):
1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
  5. \_\_\_\_\_

- îmi **ANULĂ** codul de parafă din Registrul Județean al Medicilor și să îmi eliberați un act de confirmare. Pentru identificarea mea, menționez că dețin codul de parafă \_\_\_\_\_ . Atașez prezentei cereri copii ale următoarelor acte:
- Carte de identitate/pașaport/permis de ședere;
  - Declarație pe proprie răspundere cu privire la motivul solicitării (pierdere, furt etc.).

- îmi **ELIBERAȚI UN ACT DE CONFIRMARE** a înregistrării mele în Registrul Județean al Medicilor. Pentru identificarea mea, menționez că dețin codul de parafă \_\_\_\_\_ . Atașez prezentei cereri copii ale următoarelor acte:
- Carte de identitate/pașaport/permis de ședere.

**CONSIMȚĂMÎNT PRELUCRARE DATE CU CARACTER PERSONAL**

Prin semnarea prezentei îmi asum răspunderea asupra corectitudinii, exactității și veridicității datelor înscrise în prezenta cerere și îmi exprim acordul ca DSP Cluj să-mi utilizeze datele cu caracter personal pentru prelucrare automată și manuală, stocare, arhivare și transmitere la Ministerul Sănătății conform prevederilor Ordinului MS nr. 1059/2003. De asemenea, menționez că am fost informat(ă) cu privire la drepturile privind datele cu caracter personal prevăzute în Legea nr. 190/2018 și Regulamentul UE nr. 679/2016.

Semnătura solicitantului

Data \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_