

CERERE PENTRU OBTINEREA ACTULUI DE LIBERA PRACTICA

Domnule Presedinte,

Subsemnatul/a Dr.
Nascut/a la data de : anul luna ziua
Absolvent a Facultatii anul
Cu Diploma nr
Domiciliat/a in orasul Str
Nr Bloc Scara Etajul Ap Sector/judet
Telefon
Cod numeric personal (B.I.) Cod parafa
Grad profesional (rezident – specialist – primar)
Grad didactic (preparator, asistent, conferentiar, profesor)
Titlu stiintific (cercetator, membru al Academiei)
Specialitate si competenta
Avand functia la
Va rog sa-mi aprobat eliberarea "Actului de avizare–acreditare" in specialitatea si competenta
Declar pe propria raspundere ca nu contravin prevederilor art.6 si 7 din Legea nr.74/1995.
La prezenta anexez documentele necesare pentru aceasta avizare – acreditare.
Semnatura,

Data

Domnului Presedinte al Consiliului Municipal al Colegiului Medicilor din Bucuresti