



CEREREA ELIBERARE ADEVERINTA PENTRU PARTICIPARE LA CONCURS OCUPARE POST

Domnule/ Doamnă Președinte

Subsemnatul(a), **nume** _____, **prenume** _____ domiciliat în **judetul**
_____, **Str** _____ **Nr** _____ **et** _____ **localitate** _____ posesor al **CI**
serie _____, **nr** _____, **numar** _____ **telefon** _____, **adresa de e-mail**
_____ **asistent** _____ **medical**
_____ (generalist/specialitate), **promotia** _____, **angajat la /fara loc de munca**
_____ solicit eliberarea unei adeverinte pentru participarea la
concursul de ocupare de post la (se trece unitatea sanitara unde se doreste participarea la concurs)

Anexez urmatoare acte scanate pe adresa de email secretariat@oamr-sibiu.ro

1. Certificatul de membru
2. Copie carte de identitate/ **carte de identitate electronica fata verso si certificat cu dovada domiciliului.**
3. Dovada platii la zi a cotizatiei (contul oamr este RO80CECESB0144RON0864337 CEC BANK pentru plata numerar sau RO22CECESB0143RON0298043 pentru virament)
4. raport din revisal / REGES pe ultimii 4 ani

Termenul de eliberare al adeverintei este de 3 zile lucratoare dupa primirea dosarului complet

Data,

Semnătura