



**PRIMĂRIA
MUNICIPIULUI
SĂCELE**

SPITALUL MUNICIPAL SACELE
Strada Oituz nr. 54, Municipiul Săcele,
Județul Brașov, cod 505600, CUI 4317665
Telefon/ fax: secretariat +4 0368 404 752,
Registratură/ programări +4 0368 005 356.
e-mail: secretariat@spitalulmunicipalsacele.ro
web: www.spitalulmunicipalsacele.ro



200934/B/0001/UK/Ro

Cerere de înscriere la concurs

În atenția D-nei Manager,

Subsemnata/ul _____ domiciliat (ă) în
localitatea _____ Strada _____
BI/CI _____ seria _____, telefon _____.

Vă rog să-mi aprobați participarea la concursul pentru ocuparea postului vacant de _____, pe perioadă nedeterminată/determinată organizat în perioada _____ la Spitalul Municipal Sacele.

Anexez prezentei următoarele documente:

1. Cerere de înscriere la concurs adresată conducătorului unității organizatoare a concursului;
2. Copia actului de identitate sau orice alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;
3. Copiile documentelor care să ateste nivelul studiilor și ale altor acte care atestă efectuarea unor specializări (copia diplomei de absolvire/licență sau echivalentă a uneia din următoarele categorii de instituții de învățământ: liceu sanitar; școală postliceală sanitară; colegiu medical universitar; facultate de medicină/ de asistență medicală/ de moașe, documente calificare).
4. Copia carnetului e muncă, conformă cu originalul, sau, după caz, o adeverință care să ateste vechimea în muncă;
5. Adeverință medicală care să ateste starea de sănătate corespunzătoare eliberată de medicul de familie (valabilă)
6. Cazier judiciar în original sau o declarație pe propria răspundere că nu are antecedente penale care să-l facă incompatibil cu funcția pentru care candidează, la data sustinerii probei scrise aveti obligativitatea sa prezentati cazierul judiciar
7. Curriculum vitae - Model European, semnat
8. Copie după certificatul de căsătorie (unde este cazul);
9. Certificat de membru OAMGMAMR vizat pe anul in curs (medici/asistenți medicali), aviz de libera practica, asigurarea de raspundere civila, dupa caz
10. Adeverință eliberată de OAMGMAMR pentru participare la concurs (pentru asistenții medicali)

Data

Semnătura