

COLEGIUL MEDICILOR STOMATOLOGI  
JUDETUL IASI

FISA DE INSCRIERE

Numele si Prenumele(initiala tatalui) \_\_\_\_\_

Numele si Prenumele avut anterior \_\_\_\_\_

Nascut/a: in ziua \_\_\_\_\_ luna \_\_\_\_\_ anul \_\_\_\_\_ localitatea \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ judetul \_\_\_\_\_ tara \_\_\_\_\_ nationalitatea \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cetatenia \_\_\_\_\_ casatorit-a/necasatorit-a \_\_\_\_\_

Absolvent/a a/al Facultatii de \_\_\_\_\_

Universitatea \_\_\_\_\_

Anul absolvirii \_\_\_\_\_ Orasul \_\_\_\_\_ Diploma licenta seria \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_.

**Domiciliul stabil:**

Strada \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_ bloc \_\_\_\_\_ scara \_\_\_\_\_ etaj \_\_\_\_\_ apart. \_\_\_\_\_ localitatea \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Judetul \_\_\_\_\_ C.I / B.I Seria \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

cod numeric \_\_\_\_\_ cod parafa \_\_\_\_\_ telefon serviciu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ acasa \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Adresa de corespondenta: \_\_\_\_\_

**Gradul profesional:** medic rezident sp. \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_

Medic specialist / primar \_\_\_\_\_

Medic dentist \_\_\_\_\_

Competente \_\_\_\_\_

**Locul de munca** \_\_\_\_\_

Str. \_\_\_\_\_

**Denumirea** C.M.I., S.R.L., S.C.M. \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Angajati: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Semnatura \_\_\_\_\_