**Cerere de înscriere în programul de formare**

**de formatori în Medicina de Familie**

Domnule Președinte,

Subsemnata/ul ...................................................., medic specialist/primar Medicina de Familie, domiciliat în localitatea ............................................, str............................................................., nr........., județul ........................................, nr. Telefon...................................................., adresa de e-mail ...................................................................., cu locul de muncă la unitatea / cabinetul

........................................................ din localitatea ........................................., membru cotizant al asociației județene ............................................................ membră a Asociatiei Societatea Naționala de Medicina Familiei/Medicină Generală (SNMF), solicit înscrierea în programul de formare de formatori organizat de SNMF în perioada 1 septembrie 2025 – 31 decembrie 2026, în colaborare cu INMSS.

Atașez la prezenta cerere următoarele documente:

* cerere de înscriere conform formatului anexat;
* scrisoare de intenție;
* Curriculum Vitae în format Europass;
* Certificat de membru și Aviz anual privind exercitarea profesiei de medic în termen de valabilitate, eliberate de Colegiul Medicilor județean (copie);
* Declarație pe proprie răspundere că nu am primit sancțiuni disciplinare din partea Colegiului Medicilor din România;
* Certificat de medic specialist/primar în Medicina de familie eliberat de Ministerul Sănătății (copie);
* Dovada experienței profesionale: cel puțin 5 ani vechime în specialitatea Medicina de Familie, atestată de adeverința de la angajator sau de la casa de asigurări de sănătate;
* Dovada disponibilității de a lucra ca membru al grupurilor de lucru ale SNMF și ca formator în programele organizate de SNMF, exprimată în scris;
* Dovada disponibilității de a lucra ca formator în programele organizate de Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS), exprimată în scris;
* Recomandarea asociației judetene ................................................., membră a SNMF.

Corespondența cu organizatorii cursului se va face utilizând următorea adresă de e-mail:

..............................................................................

Îmi asum prin prezenta plata taxei de participare în valoare de 5000 RON în două tranșe de 2500 RON fiecare, prima până la data de 1 septembrie 2025 iar a doua până la data de 1 mai 2026 precum și faptul ca neplata la timp a tranșelor taxei de participare va fi urmată de excluderea de la curs.

Îmi asum și faptul ca absența de la unul dintre cele trei module de pregătire generală sau absența la mai mult de un modul de pregătire specială, nerecuperate cu cealaltă grupă, va duce la excluderea de la curs.

Nume, prenume

Semnătura

Parafa

Domnului Președinte al Asociatiei Societatea Naționala

de Medicina Familiei/Medicină Generală (SNMF)