ANEXA NR. 1

CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN PROGRAM

Către Colegiul Medicilor Timiș

Subsemnatul/Subsemnata, dr. ……, medic rezident în specialitatea ……, anul de pregătire ……, membru/membră al/a Colegiului Medicilor Timiș, având:

Telefon: ……
E-mail: ……
Număr certificat de membru: ……

vă solicit acordarea sprijinului financiar în cadrul Programului-pilot destinat medicilor rezidenți care au copii înscriși în servicii de educație timpurie, pentru perioada octombrie 2026 – iulie 2027.

Date privind copilul

Numele și prenumele: ……
Data nașterii: ……
Creșa/Grădinița la care este înscris: ……
Localitatea: ……

Date bancare

Titularul contului: ……
Cod IBAN: ……
Instituția bancară: ……

Anexez următoarele documente:

1. adeverința de înscriere la creșă/grădiniță;
2. copia certificatului de naștere al copilului sau documentul privind reprezentarea legală;
3. documentul bancar din care rezultă titularul și codul IBAN.

Declarație pe propria răspundere

Declar că:

1. informațiile și documentele depuse sunt reale, complete și actuale;
2. solicit sprijinul pentru un singur copil;
3. pentru același copil sau aceeași familie nu a fost depusă o altă cerere în cadrul programului;
4. mă oblig să comunic Colegiului Medicilor Timiș, în termen de maximum 5 zile lucrătoare, orice modificare care poate determina pierderea eligibilității;
5. am luat cunoștință de prevederile procedurii și de informațiile privind prelucrarea datelor cu caracter personal;
6. sunt de acord ca îndeplinirea condițiilor de eligibilitate referitoare la statutul profesional și calitatea de membru să fie verificată în evidențele Colegiului Medicilor Timiș;
7. cunosc faptul că sumele încasate necuvenit vor trebui restituite.

Data: …… Semnătura: ……