***PROGRAMUL OPERAȚIONAL CAPITAL UMAN***

*Axa prioritară 4 - Incluziunea socială și combaterea sărăciei*

*Obiectivul tematic 9: Promovarea incluziunii sociale, combaterea sărăciei și a oricărei forme de discriminare*

*Prioritatea de investiții 9.iv: Creșterea accesului la servicii accesibile, durabile și de înaltă calitate, inclusiv asistență medicală și servicii sociale de interes general*

*Obiectivul specific 4.9: Creșterea numărului de persoane care beneficiază de programe de sănătate și de servicii orientate către prevenție, depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce pentru principalele patologii*

Titlul proiectului:***Organizarea de programe de depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce al tuberculozei, inclusiv al tuberculozei latente***

*Contract nr. POCU/225/4/9/117426 (Cod SMIS 2014+: 117426)*

**Formular nr. 1**

**CERERE DE ÎNSCRIERE LA**

**“Curs privind rolul asistenței medicale primare și comunitare în prevenirea, depistarea precoce și abordul medical și social integrat al cazurilor de TB, inclusiv TB latentă”**

Subsemnatul/Subsemnata……………………………………………………………………………………………………………, CNP……………………………………………, serie și număr de buletin……………………………, domiciliată în județul…………………….., orașul…………………………….., Strada…………………………., numărul………………………, bloc………………………………., apartament…………………………,de profesie………………………………………………… angajat/angajata în cadrul……………………………………. din județul………………………………………………….orașul ……………………………………..

doresc să particip la Programulde formare specifică “*Curs privind rolul asistenței medicale primare și comunitare în prevenirea, depistarea precoce și abordul medical și social integrat al cazurilor de TB, inclusiv TB latentă*” din cadrul proiectului POCU/225/4/9/117426 "***Organizarea de programe de depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce al tuberculozei, inclusiv al tuberculozei latente****”:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Profesia:*** | ***Județul și orașul*** | ***Perioada*** |
| *Asistenți sociali* |  |  |
| *Asistenți medicali comunitari* |  |  |
| *Asistenți medicali* |  |  |
| *Mediatori sanitari* |  |  |

*Date de contact:*

* *adresa de e-mail……………………………..*
* *nr de telefon……………………*

Data:…………………………..

Nume, prenume și semnătura:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_