Nr. înregistrare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**F1.1\_RO**

**Cerere**

de înscriere și de eliberare a certificatului de membru

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Subsemnatul/Subsemnata** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nume** | **Nume anterior** | | | | | |  | | | | | | | |
| **Prenume** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Cod numeric personal |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Act de identitate | | ❑ carte de identitate | | | ❑ | seria |  | nr. |
| Cod parafă | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **II. Titlu oficial de calificare în medicina dentară eliberat de**: | | | | | | | | |
| Instituția de învățământ superior: | | | | | | | | |
| seria | nr. | | | din data de | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **III. Domiciliul sau, după caz, reședința[[1]](#endnote-1)** | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (Localitatea) | (B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| nr. | bl. | sc. | et. | ap. |

|  |
| --- |
| sector/județ cod poștal |
|  |
| **IV. Date de contact** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Telefon: | E-mail: |  |
|  | | |
| **V. Comunicare adrese/notificări/decizii Birou executiv, Comisie de disciplină, Comisie de alertă etc.** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| S**olicit comunicarea adreselor/notificărilor/deciziilor etc. emise de colegiul teritorial/CMSR și la adresa:** | | | |
| ❑ sediului profesional (unității prevăzute la pct. VI) | | ❑ de poștă electronică (e-mail) | ❑ altă adresă\* |
| **\*Altă adresă aleasă pentru comunicare** | | | |
|  |  | | |
| (Localitatea) | (B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.) | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| nr. | bl. | sc. | et. | ap. |

|  |
| --- |
| sector/județ cod poștal |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VI. Unitatea principală în cadrul căreia se va desfășura activitatea profesională** | |
| **Denumire:** | |
| Cod fiscal/CUI | Nr. registru unic cabinete medicale |
| ❑ Sediu/❑ Punct de lucru/❑ Altul(cabinet școlar/instituție cu rețea proprie etc.) | Localitatea | |
| B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| nr. | bl. | sc. | et. | ap. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| sector/județ cod poștal | | |
| Telefon: | Fax: | E-mail: |

**VII.** **Declar că am luat cunoștință de faptul că certificatul de membru se avizează anual** în baza prezentării contractului de asigurare de răspundere civilă profesională valabil pentru perioada în cauză, a dovezii privind domiciliul/reședința și a unității în cadrul căruia se exercită profesia, precum și de obligația de efectuare a unui număr de 200 de credite EMC într-o perioadă de 5 ani, minim 20 de credite EMC anual, **precum și de faptul că neîndeplinirea acestei obligații reprezintă abatere disciplinară conform art. 7 alin. (7) din Decizia Consiliului național nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare.**

**VIII.** **Declar pe propria răspundere** **că:**

**1.** datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale;

**2.** nu sunt înscris ca membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România în alt colegiu teritorial;

**3.** nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute la art. 489 și 490 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, de natură a împiedica exercitarea profesiei de medic stomatolog;

**4.** unitatea principală în cadrul căreia voi exercita profesia este cea prevăzută la pct. VI din prezenta cerere.

**IX.** **Cunosc faptul că am obligația de a anunța în scris colegiul teritorial, în termen de maxim 30 de zile de la data apariției situației în cauză, cu privire la:**

**1.** schimbarea domiciliului/reședinței sau a oricărei alte date de identificare mai sus-menționate, precum și modificarea situației profesionale, încălcarea acestei obligații constituind abatere disciplinară conform art. 37 din Codul deontologic al medicului stomatolog adoptat prin Decizia Adunării generale naționale nr. 15/2010;

**2.** existența unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de medic stomatolog;

**3.** exercitarea profesiei de medic stomatolog în altă țară ori stabilirea temporară sau definitivă în altă țară.

**X.** **Solicit înscrierea în colegiul teritorial ca membru al Colegiul Medicilor Stomatologi din România** **și eliberarea certificatului de membru** în baza prevederilor Titlului XIII din Legea nr. 95/2006, republicată și ale Deciziei Consiliului național nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare.

**XI.** **Atașez prezentei cereri următoarele documente**[[2]](#endnote-2):

* 1. copie a actului de identitate (poate fi comunicată și pe adresa de poștă electronică a colegiului teritorial prevăzută în antet);
* 2. copie a titlului de calificare în profesia de medic stomatolog, precum și, după caz, a documentului care atestă echivalarea sau recunoașterea titlului;
* 3. certificat de cazier judiciar;
* 4. certificat de sănătate, care atestă starea de sănătate corespunzătoare exercitării profesiei de medic stomatolog, vizat inclusiv de medicul psihiatru;
* 5. copie a actului care atestă schimbarea numelui\*;
* 6. copie a asigurării de răspundere civilă profesională;
* 7. dovada privind unitatea la care urmează să se exercite profesia de medic stomatolog (adeverință etc.)\*;
* 8. dovada exercitării profesiei de medic stomatolog în ultimii 5 ani (adeverință pentru salariați/colaboratori model CMSB etc.)\*.

\*Dacă este cazul.

**Notă:** Documentele depuse în copie vor purta mențiunea ”*conform cu originalul*”, numele în clar și semnătura solicitantului, cu excepția înscrisurilor prevăzute la pct. 2 și 5, care vor fi certificate de personalul colegiului teritorial desemnat în acest sens, dacă se prezintă originalul. În lipsa originalului, se acceptă copii legalizate.

❑ **SUNT DE ACORD /**❑ **NU SUNT DE ACORD**

cu comunicarea de către colegiul teritorial/național de informații[[3]](#endnote-3) privind:

* formele de educație medicală continuă organizate la nivel teritorial/național;
* activitățile desfășurate, evenimentele organizate și serviciile prestate de corpul profesional;
* serviciile prestate și/sau produsele furnizate de partenerii corpului profesional.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Semnătură

**Se completează de colegiul teritorial**

**1. Sunt îndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru eliberarea certificatului de membru:** ❑ DA/❑ NU[[4]](#endnote-4)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Departament Avizări-acreditări**

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

Semnătură

**2. Certific faptul că solicitantul îndeplinește condițiile prevăzute de lege pentru eliberarea certificatului de membru.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Semnătură Președinte și ștampila colegiului teritorial

**Departament Secretariat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nume, prenume solicitant |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data depunerii jurământului profesional |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Certificat de membru alocat | seria |  |  |  | nr. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Număr de înregistrare în Registrul unic al medicilor |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

stomatologi

Taxă de înscriere în CMSR achitată cu ❑ OP/❑ CHT ........................../........../ ........../................

Taxă de eliberare certificat achitată cu ❑ OP/❑ CHT ........................../........../ ........../................

Dată emitere certificat de membru al CMSR ........................../........../ ........../................

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

Semnătură

1. Se atașează, în copie, dovada reședinței. [↑](#endnote-ref-1)
2. Documentele redactate într-o limbă străină se depun însoțite de o traducere legalizată a acestora, cu excepția cărții de identitate și a titlului de calificare în profesia de medic stomatolog emise de un stat membru al Uniunii Europene, al Spațiului Economic European sau de Confederația Elvețiană, respectiv a extrasului certificatului de căsătorie emis conform prevederilor Convenției nr. 16 a Comisiei Internaționale de Stare Civilă referitoare la eliberarea extraselor multilingve ale actelor de stare civilă, semnată la Viena la 8 septembrie 1976 și la care România a aderat prin Legea nr. 65/2012, acestea urmând a purta mențiunea ”*conform cu originalul*”, numele în clar și semnătura solicitantului. [↑](#endnote-ref-2)
3. **Aveți dreptul de a vă opune, în mod gratuit și fără nici o justificare, la prelucrarea datelor personale în scopuri de marketing direct, respectiv la prelucrarea acestora în vederea informării cu privire la formele de educație medicală continuă organizate la nivel teritorial/național, la activitățile desfășurate și serviciile prestate de colegiul teritorial/național în realizarea scopului și obiectivelor acestora, cu excepția celor prevăzute în mod expres de lege, precum și la serviciile și bunurile prestate/furnizate de partenerii colegiului teritorial/național de interes pentru medicii stomatologi.**

   **Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către colegiul teritorial/național pentru realizarea scopului și obiectivelor sale, precum și pentru prestarea serviciilor solicitate de către dumneavoastră sau pentru campanii de informare efectuate de către colegiul teritorial/național în condițiile mai sus-menționate, inclusiv prin transmiterea de buletine informative, anunțuri, mesaje text (sms), e-mail etc., în format tipărit sau electronic. Aceste informații pot fi comunicate titularului datelor. Datele vor face obiectul transferului în străinătate (doar în țări membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European sau în Confederația Elvețiană) numai în cazul solicitării unui certificat de status profesional în vederea exercitării profesiei în afara granițelor României, emis conform legii/emiterii unei decizii de alertă în baza DCN nr.** **13/2016, precum și în cazuri expres prevăzute de lege.**

   **Conform Legii nr. 677/2001, beneficiați de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor și de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale. De asemenea, vă este recunoscut dreptul de a vă adresa justiției.**

   **Pentru exercitarea acestor drepturi, vă puteți adresa cu o cerere scrisă, datată, semnată și comunicată personal sau prin poștă la sediul colegiului teritorial.**  [↑](#endnote-ref-3)
4. Se anexează raportul motivat întocmit de Departamentul Avizări-acreditări privind respingerea solicitării. [↑](#endnote-ref-4)