



COLEGIUL MEDICILOR STOMATOLOGI BUCUREȘTI

Str. Salcânilor nr. 5, sector 2, 020721, București

Libra Bank, RO27 BREL 0700 0202 6R01 1001 :: Banca Transilvania RO13 BTRL 0430 1202 G485 78XX
CIF 17024551 :: tel.: +4021.210.12.53 :: fax: +4021.210.12.54 :: www.cmsb.ro :: office@cmsb.ro

Nr. înregistrare _____

3.2 FAVP

Cerere

de avizare a certificatului de membru

Nr. Registru unic al medicilor stomatologi

--	--	--	--	--	--	--	--

Certificat de membru CMSR

seria

nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Subsemnatul/Subsemnata

Nume

Nume anterior

Prenume

Solicit avizarea certificatului de membru în baza prevederilor Titlului XIII din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, a ROF CMSR și a Deciziei Consiliului național nr. 24/2CN/2019.

A. Declar pe propria răspundere că:

- ☐ exercit / ☐ nu exercit profesia într-o unitate sanitară publică, care virează lunar cotizația de membru către colegiul teritorial;
- ☐ exercit / ☐ nu exercit profesia în cadrul aceleiași unități care a emis cu mai puțin de 5 ani înainte un înscris doveditor privind desfășurarea activității de medicină dentară, comunicat colegiului teritorial;
- ☐ am exercitat o funcție didactică în cursul anului anterior/începând cu data de _____;
- ☐ mă aflu / ☐ nu mă aflu în una 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;
- ☐ am întrerupt exercitarea profesiei/m-am aflat într-o situație de incompatibilitate pe o perioadă de peste 5 ani / ☐ nu am întrerupt exercitarea profesiei și nu m-am aflat într-o situație de incompatibilitate prevăzută la art. 490 din Legea nr. 95/2006, republicată, pe o perioadă mai mare de 5 ani;
- ☐ am luat cunoștință de conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor Stomatologi din România (CMSR)/CMSB (colegiul teritorial);
- ☐ sunt de acord / ☐ nu de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal prevăzute la pct. A.IV;
- ☐ datele menționate în prezenta cerere corespund realității și sunt actuale;
- ☐ am luat cunoștință de faptul că furnizarea de orice date false conduce la respingerea prezentei solicitări sau la anularea vizei emise în baza acesteia și că o astfel de furnizare poate duce la declanșarea procedurilor judiciare împotriva mea, în conformitate cu legea română.

10.

☐ nu au intervenit modificări

☐ au intervenit modificări

de la avizarea sau de la actualizarea anterioară privind:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| I. ☐ nume | II. ☐ domiciliul/reședința | III. ☐ date de contact | IV. ☐ modalități suplimentare de comunicare |
| V. ☐ unitatea principală în care îmi desfășor activitatea | V.1. ☐ altă unitate în care îmi desfășor activitatea | | |
| VI. ☐ grad profesional | | VII. ☐ specialitate | |
| VIII. ☐ master/studii complementare | | IX. ☐ modalitatea de exercitare a profesiei | |
| X.1. ☐ titlul științific | X.2. ☐ funcția didactică | X.3. ☐ funcție de cercetare | |

Se completează numai punctele în cazul cărora au intervenit modificări de la ultima avizare

I. Nume

II. Domiciliul/Reședința

(Localitatea)

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

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ/țară

cod poștal

III. Date de contact

Telefon:

E-mail:

IV. Modalități suplimentare de comunicare adrese/notificări/decizii**Solicit comunicarea adreselor/notificărilor/deciziilor etc. emise de colegiul teritorial/CMSR și la adresa:**
☐ sediului profesional (unității prevăzute la pct. V)
 ☐ 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

V. Unitatea principală în cadrul căreia îmi desfășor activitatea profesională (sediul profesional/loc de muncă)
☐ entitate publică
 ☐ entitate privată
Denumire:

Cod fiscal/CUI

Nr. registru unic DSP cabinete medicale

☐ Sediul/☐ Punct de lucru
☐ Altul: ☐ cabinet școlar ☐ cabinet studentesc ☐ minister/instituție cu rețea sanitară proprie

(Localitatea)		(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)		
nr.	bl.	sc.	et.	ap.
sector/județ/țară				cod poștal
Telefon:		Fax:		E-mail:

V.1. Altă unitate în cadrul căreia îmi desfășor activitatea profesională
☐ entitate publică
 ☐ entitate privată
Denumire:

Cod fiscal/CUI

Nr. registru unic DSP cabinete medicale

☐ Sediul/☐ Punct de lucru
☐ Altul: ☐ cabinet școlar ☐ cabinet studentesc ☐ minister/instituție cu rețea sanitară proprie

(Localitatea)		(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)		
nr.	bl.	sc.	et.	ap.
sector/județ/țară				cod poștal
Telefon:		Fax:		E-mail:

VI. Grad profesional
☐ medic rezident
 ☐ medic specialist
 ☐ medic primar
VII. Specialitate
☐ chirurgie orală și maxilo-facială
 ☐ chirurgie dento-alveolară
 ☐ ortodonție și ortopedie dento-facială
☐ endodonție
 ☐ parodontologie
 ☐ protetică dentară
 ☐ pedodontie
 ☐ stomatologie generală
☐ chirurgie stomatologică și maxilo-facială
VIII. Studii de masterat/programe de studii complementare etc. - se completează Anexa FAI**IX. Modalitate de exercitare a profesiei**

independentă	☐ cabinet individual	☐ cabinete grupate	☐ cabinete asociate	☐ societate medicală	☐ SRL	☐ alta	☐ salariată
		☐ titular		☐ asociat		(specificați)	

X. Informații suplimentare**X.1. Titlu științific**☐ doctor în științe medicale☐ academician

(membru titular al Academiei Române)

☐ membru corespondent al Academiei Române☐ membru de onoare al Academiei Române☐ academician

(membru titular al Academiei de Științe Medicale)

☐ membru corespondent al Academiei de Științe Medicale☐ membru de onoare al Academiei de Științe Medicale**X.2. Funcție didactică**☐ asistent universitar☐ șef de lucrări☐ conferențiar universitar☐ profesor universitar**X.3. Funcție de cercetare**☐ asistent cercetare☐ cercetător științific☐ cercetător științific grad III☐ cercetător științific grad II☐ cercetător științific grad I

C. Mă oblig să anunț în scris colegiul teritorial, în termen de maxim 30 de zile de la data:

1. schimbării domiciliului/reședinței sau a oricărei alte date de identificare mai sus-menționate, precum și a modificării situației profesionale, încălcarea acestei obligații constituind abatere disciplinară conform art. 37 din Codul deontologic adoptat prin Decizia Adunării generale naționale nr. 15/2010;
2. apariției unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de medic stomatolog;
3. exercitării profesiei de medic stomatolog în altă țară ori stabilirii temporare sau definitive în altă țară.

D. Atașez prezentei cereri următoarele documente:

1. ☐ copie a asigurării de răspundere profesională;
2. ☐ copie a documentelor prin care se atestă realizarea a minim 40 de credite de EMC anual, conform art. 5 din Decizia CN nr. 58/2011, cu modificările și completările ulterioare;
3. ☐ certificat de sănătate tip A5, vizat inclusiv de medicul psihiatru.

precum și:

- **NUMAI dacă au intervenit modificări de la avizarea sau de la actualizarea anterioară:**

3. ☐ copie a actului prin care se atestă schimbarea numelui
4. ☐ copie a actului care face dovada domiciliului/reședinței
5. ☐ copie atestat de studii complementare/altă formă de pregătire postuniversitară, obținut conform legii
6. ☐ copii ale documentelor care fac dovada obținerii de titluri în domeniul profesional (grad profesional, titluri științifice, funcții didactice, funcții de cercetare)

- **NUMAI dacă:**

- se exercită profesia într-o unitate sanitară publică care virează lunar colegiului teritorial cotizația datorată de solicitant CMSR sau
- nu se exercită profesia în cadrul aceleiași unități care a emis cu mai puțin de 5 ani înainte un înscris doveditor privind desfășurarea activității de medicină dentară, comunicat colegiului teritorial:

7. ☐ înscrisul doveditor privind desfășurarea activității de medicină dentară emis de unitatea în cadrul căreia îmi exercit profesia

E. Comunicarea de informări

☐ **SUNT DE ACORD**

cu comunicarea de către colegiul teritorial/CMSR (denumite colectiv și corpul profesional),

prin ☐ poștă ☐ e-mail ☐ telefon ☐ sms ☐ toate modalitățile ante-menționate
a informărilor privind:

- ☐ formele de educație medicală continuă organizate la nivel teritorial/național;
- ☐ activitățile desfășurate, evenimentele organizate și serviciile prestate de corpul profesional;
- ☐ aspecte referitoare la activitatea corpului profesional și la exercitarea profesiei sau în legătură cu aceasta.

Am luat cunoștință de faptul că:

- avizarea certificatului de membru se va efectua în termen de maxim 30 de zile de la data depunerii documentației complete, numai după prezentarea dovezii de achitare la zi a cotizației datorate CMSR, conform prevederilor art. 15 din Decizia Consiliului național nr. 24/2CN/2019, cu modificările și completările ulterioare;
- documentele comunicate în copie simplă la sediul colegiului teritorial, prin servicii poștale sau de curierat se certifică pentru conformitate cu originalul de către medicul stomatolog solicitant prin înscrisul pe acestea a mențiunii „conform cu originalul”, însoțită de numele în clar și de semnătură, potrivit dispozițiilor art. 13 alin. (3) și (4) din Decizia Consiliului național nr. 24/2CN/2019, iar înscrisurile comunicate prin mijloace electronice vor fi primite și înregistrate numai dacă sunt certificate pentru conformitate cu originalul de către medicul stomatolog solicitant, pe baza semnăturii electronice simple, avansate sau calificate.

Solicit analizarea documentelor prin care se atestă realizarea punctajului profesional minim privind educația medicală continuă atașate prezentei cereri, înscrierea creditelor de EMC în fișa profesională și acordarea avizului anual prevăzut la art. 492 din Legea nr. 95/2006, republicată.

Data

Semnătură