



COLEGIUL MEDICILOR STOMATOLOGI BUCUREȘTI

Str. Salcânilor nr. 5, sector 2, 020721, București
Tel.: +4021.210.12.53 :: Fax: +4021.210.12.54 :: www.cmdb.ro :: office@cmsb.ro
Notificare operator de date cu caracter personal nr. 4520

Nr. înregistrare _____

F4.0_FAI

Cerere

de actualizare/înscrisiere date de contact/privind exercitarea profesiei

Subsemnatul/Subsemnata

Nume

Nume anterior

Prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic

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

Cod parafă

Solicit, în baza prevederilor Codului Deontologic al medicului dentist, actualizarea/înscrisierea în dosarul profesional/Registrul unic a următoarelor informații:

I. Nume

Nume

Prenume

Document în baza căruia a intervenit schimbarea numelui

serie

nr.

Emis de

la data de

II. Act de identitate

carte de identitate

pașaport

certificat de înregistrare

permis de ședere

seria nr.

eliberat/ă de

la data de

valabil până la data de

III. Domiciliul sau, după caz, reședințaⁱ

(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.

Solicit comunicarea adreselor/notificărilor/deciziilor etc. emise de colegiul teritorial/CMDR 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 desfășoară activitatea profesională

Denumire:

Cod fiscal/CUI		Nr. registru unic cabinete medicale		
<input type="checkbox"/> Sediul / <input type="checkbox"/> Punct de lucru / <input type="checkbox"/> 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. Unitatea secundară în cadrul căreia se desfășoară activitatea profesională

Denumire:

Cod fiscal/CUI		Nr. registru unic cabinete medicale		
<input type="checkbox"/> Sediul / <input type="checkbox"/> Punct de lucru / <input type="checkbox"/> 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:	

VIII. Grad profesionalⁱⁱ

medic rezident medic specialist medic primar

IX. Specialitateⁱⁱⁱ (pentru absolvirea de studii de masterat/programe de studii complementare etc. se completează Anexa FAI)

chirurgie orală și maxilo-facială chirurgie dento-alveolară ortodonție și ortopedie dento-facială
 endodonție parodontologie protetică dentară pedodonție stomatologie generală

X. Modalitate de exercitare a profesiei

<input type="checkbox"/> independentă	<input type="checkbox"/> cabinet individual	<input type="checkbox"/> cabinete grupate	<input type="checkbox"/> cabinete asociate	<input type="checkbox"/> societate medicală	<input type="checkbox"/> SRL	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> salariată
	<input type="checkbox"/> titular			<input type="checkbox"/> asociat		(specificați)	

XI. Informații suplimentare^{iv}

				<input type="checkbox"/> doctor în științe medicale			
<input type="checkbox"/> Titlu științific	<input type="checkbox"/> academician (membru titular al Academiei Române)		<input type="checkbox"/> membru corespondent al Academiei Române		<input type="checkbox"/> membru de onoare al Academiei Române		
<input type="checkbox"/> Funcție didactică	<input type="checkbox"/> asistent universitar		<input type="checkbox"/> șef de lucrări		<input type="checkbox"/> conferențiar universitar		
	<input type="checkbox"/> profesor universitar		<input type="checkbox"/>		(specificați)		
<input type="checkbox"/> Funcție de cercetare	<input type="checkbox"/> asistent cercetare			<input type="checkbox"/> cercetător științific			
	<input type="checkbox"/> cercetător științific gr. III		<input type="checkbox"/> cercetător științific gr. II		<input type="checkbox"/> cercetător științific gr. I		

XII. Declar pe propria răspundere că:

1. datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale;
2. nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute la art. 489^v și 490 alin. (1)^{vi} din Legea nr. 95/2006, republicată, de natură a împiedica exercitarea profesiei de medic dentist;
3. nu am întrerupt exercitarea profesiei/nu m-am aflat într-o situație de incompatibilitate prevăzută de lege^{vii} pe o perioadă mai mare de 5 ani^{viii}.

XII. 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 dentist adoptat prin Decizia Adunării generale naționale nr. 15/2010;
2. existența unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de medic dentist;
3. exercitarea profesiei de medic dentist în altă țară ori stabilirea temporară sau definitivă în altă țară.

Notă: Documentele depuse în copie vor purta mențiunea "conform cu originalul", numele în clar și semnătura solicitantului, cu excepția copiilor legalizate.

SUNT DE ACORD / NU SUNT DE ACORD

cu comunicarea de către colegiul teritorial/național de informații^{ix} privind:

- formele de educație medicală continuă organizate la nivel teritorial/național;
- activitățile desfășurate, evenimentele organizate și serviciile prestate de colegiul teritorial/național;
- serviciile prestate și/sau produsele furnizate de partenerii colegiului teritorial/național.

Data

Se completează de colegiul teritorial

1. Se dispune actualizarea/înscriserea informațiilor în dosarul profesional/Registrul unic: DA/ NU^x

Data

Semnătură Președinte și ștampila colegiului teritorial

ⁱSe atașează, în copie, dovada reședinței.

ⁱⁱSe atașează, în copie, ordinul de confirmare ori similar sau, după caz, atestatul de echivalare/recunoaștere.

ⁱⁱⁱIdem.

^{iv}În cazul titlului științific se atașează, în copie, dovada obținerii titlului de membru al Academiei Române, respectiv diploma de doctor în științe medicale, în cazul funcției didactice se atașează, în copie, adeverință eliberată de instituția de învățământ superior, iar în cazul funcției de cercetare se atașează, în copie, adeverință eliberată de unitatea publică/privată în cadrul căreia se desfășoară activitatea de cercetare.

^vArt. 489. - Este nedemn de a exercita profesia de medic dentist: a) medicul dentist care a fost condamnat definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurări legate de exercitarea profesiei de medic dentist și pentru care nu a intervenit reabilitarea; b) medicul dentist căruia i s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia, pe durata stabilită, prin hotărâre judecătorească sau disciplinară.

^{vi}Art. 490. - (1) Exercitarea profesiei de medic dentist este incompatibilă cu: a) calitatea de angajat sau colaborator al unităților de producție ori distribuție de produse farmaceutice, materiale sanitare sau materiale de tehnică dentară; b) exercitarea în calitate de medic dentist, în mod nemijlocit, de activități de producție, comerț sau prestări de servicii; c) orice ocupație de natură a aduce atingere demnității profesionale de medic dentist sau bunelor moravuri; d) starea de sănătate fizică sau psihică necorespunzătoare pentru exercitarea acestei profesii, atestată ca atare prin certificat medical eliberat de comisia de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă; e) folosirea cu bună știință a cunoștințelor medico-dentare în defavoarea sănătății pacientului sau în scop criminal. (2) Excepție de la prevederile alin. (1) lit. b) fac activitățile de prevenție de medicină dentară.

^{vii}A se vedea prevederile art. 490 din Legea nr. 95/2006, republicată.

^{viii}În cazul în care medicul dentist solicitant a dobândit calitatea de membru al CMDR în urmă cu cel puțin 5 ani.

^{ix}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 dentiști.

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, 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.

^xSe anexează raportul motivat întocmit de Departamentul Avizări-acreditări privind respingerea solicitării.