

Cerere

de înscriere și de eliberare a certificatului de membru

Se completează de colegiul teritorial

1. Sunt îndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru eliberarea certificatului de membru: DA/

NU^{iv}

Data

Departament Avizări-acreditări

Președinte Dr. Păruș Dorin-Alexandru

Membri:

Avocat Secrieriu I.Valentin -Viorel - *CABINET AVOCAT*

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, 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

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.

VII. Declar pe propria răspundere că:

1. datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale;
2. nu sunt înscris/ă ca membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România (CMDR) 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 dentist;
4. unitatea principală în cadrul căreia voi exercita profesia este cea prevăzută la pct. VI din prezenta cerere;
5. **am citit conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către CMDR/ colegiul teritorial atașată prezentei cereri.**

VIII. Voi anunța în scris colegiul teritorial, în termen de maxim 30 de zile de la data apariției situației în cauză:

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.

X. Solicit înscrierea în colegiul teritorial ca membru al Colegiul Medicilor Dentiști 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 documenteⁱⁱ:

- 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 dentist, 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 dentist, 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 dentist (adeverință etc.)*;
- 8. dovada exercitării profesiei de medic dentist în ultimii 5 ani (adeverință pentru salariați/colaboratori model CMDT 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 ACORDⁱⁱⁱ / **NU SUNT DE ACORD**

cu comunicarea de către colegiul teritorial/CMDR (denumite colectiv și corpul profesional), prin poștă, e-mail, fax, telefon, sms etc., a informațiilor 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