

Cerere

de avizare a certificatului de membru

Se completează de colegiul teritorial

1. Verificare prealabilăⁱ Sunt îndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru avizarea certificatului de membru: DA/ NUⁱⁱ

Data

Avocat Secrieriu I.Valentin -Viorel - CABINET AVOCAT

Semnătură Persoana desemnată

2. Se certifică îndeplinirea condițiilor de avizare a certificatului de membru deținut de d-ra/d-na/d-nul _____

 DA/ NUⁱⁱⁱData

AVIZAT

AVIZAT

Departament Accreditări, avizări CMS Iași:

Dr. Păruș Dorin Alexandru _____

Dr. Dănilă Vlad

Dr. Sălceanu Mihaela

Dr. Nemțeanu Ghiocel Elena

Dr. Iordache Marina Cristina Iuliana

Departamentul de EMC al CMS Iași:

Nr.ore _____ EMC pentru perioada _____

Membri

Conf. Univ. Dr. Mocanu Constanța

Dr. Balcoș Carina Ana Maria

Dr. Ciocan-Pendefunda Alice Arina

I. Subsemnatul/Subsemnata

Nume

Nume anterior

Prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic

Cod parafă

Certificat de membru

seria

nr.

II. Domiciliul sau, după caz, reședința^{iv}

(Localitatea)

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

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

III. Date de contact

Telefon:

E-mail:

IV. 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. V) de poștă electronică (e-mail) altă adresă*

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

V. Unitatea principală în cadrul căreia se desfășoară activitatea profesională

Denumire:

Sediul/ 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:

X. Declar pe propria răspundere că:

1. datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale, precum și că sunt de acord cu prelucrarea datelor personale cuprinse în prezenta cerere;
2. 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;
3. unitatea principală în cadrul căreia exercit activitatea profesională este cea prevăzută la pct. V din prezenta cerere;
4. nu am întrerupt exercitarea profesiei/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^v;
5. am citit conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către CMSR/ colegiul teritorial atașată prezentei cereri.

XI. 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.

XII. Solicit, în baza prevederilor Titlului XIII din Legea nr. 95/2006, republicată, și a Deciziei Consiliului național al CMDR nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare, avizarea certificatului de membru^{vi}.

XIII. Atașez prezentei cereri următoarele documente:

- a) certificatul de membru, în original;
- b) copie a actului de identitate (poate fi comunicată și pe adresa de poștă electronică a colegiului teritorial prevăzută în antet);
- c) **dacă este cazul**, copie a actului prin care se atestă schimbarea numelui;
- d) copie a asigurării de răspundere profesională;
- e) copie a documentelor prin care se atestă realizarea punctajului profesional minim privind educația medicală continuă conform art. 5 din Decizia CN nr. 58/2011, cu modificările și completările ulterioare;
- f) adeverință privind locul de exercitare al profesiei^{vii};

SUNT DE ACORD^{viii} / **NU SUNT DE ACORD**

cu comunicarea de către colegiul teritorial/CMSR (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 Semnatura

Prin prezenta îmi dau acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor personale (conform prevederilor Regulamentului privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date) de către Colegiul Medicilor Stomatologi Iași

Data

Semnatura