

ÎNSCRIERE

(NUME/PRENUME)

Nr. crt.	DOCUMENT	Pag.
1	Cerere <i>tip</i>	
2	Act de identitate (C.I./ B.I./pașaport) – <i>copie</i>	
	Dacă este cazul , copie a actului prin care se atestă schimbarea numelui;	
3	Titlu oficial de calificare în profesia de medic stomatolog/documentul care atestă echivalarea sau recunoașterea titlului – copie legalizată;	
4	Certificat de cazier judiciar	
5	Certificat de sănătate, care atestă starea de sănătate corespunzătoare exercitării profesiei de medic stomatolog, vizat inclusiv de medicul psihiatru;	
6	copie a asigurării de răspundere profesională;	
7	Dovada privind unitatea la care urmează să se exercite profesia de medic stomatolog (adeverință)*	
8	Dovada exercitării de medic stomatolog în ultimii 5 ani *	
9	Declarație pe propria răspundere pentru îndeplinirea condițiilor privind nedemnitățile și incompatibilitățile prevăzute de art. 489 și art. 490 din Legea 95/2006 – <i>formular tip</i>	
10	Jurământ – <i>formular tip</i>	

(*dacă este cazul)

PRECIZĂRI:

- Documentele necesare reavizării, exceptând certificatul de membru în original, se pot transmite în format electronic (**obligatoriu .pdf**) asumate fiecare în parte prin semnătura electronică extinsă/calificată a medicului la adresa
- Atașamentele unui e-mail nu pot depăși 15 MB și nu se transmit arhivate. Documentele neasumate prin semnătură electronică extinsă/calificată nu se iau în considerare.

Dosar preluat și verificat de către

Semnătură medic,