

NR _____/_____

OPIS
REAVIZAREA CERTIFICATULUI DE MEMBRU

(NUME ȘI PRENUME)

Nr. crt.	DOCUMENT	Nr. filă
1	Cerere <i>tip</i>	
2	Copie a asigurării de răspundere profesională;	
3	Copie a documentelor prin care se atestă realizarea punctajului profesional minim (24 EMC) privind educația medicală continuă conform art. 5 din Decizia CN nr. 58/2011, cu modificările și completările ulterioare;	
4	Adeverință privind locul de exercitare al profesiei;	
5	Dacă este cazul , Act de identitate (C.I./ B.I./pașaport) – <i>copie</i>	
6	Dacă este cazul , copie a actului prin care se atestă schimbarea numelui;	
7	Dovada achitării cotizației la zi	
8	Certificat de membru CMSR - original	
Perioada de valabilitate a asigurării de răspundere profesională:		
Numărul de puncte EMC:		

Dosar verificat și preluat de către

Solicitant,

.....,



Colegiul Medicilor Stomatologi

I A Ș I

Str. Zugravi, nr. 24, 700092, Iași

0769818983

secretariat@cmsis.ro

Nr. ____/____

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 Iași;
- ☐ 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 de la avizarea sau de la actualizarea anterioară ☐ au intervenit modificări

I. ☐ nume

II. ☐ domiciliul/reședința

III. ☐ date de contact

IV. ☐ unitatea principală în care îmi desfășor activitatea

V. ☐ grad profesional

VI. ☐ specialitate

VI. ☐ master/studii complementare

VII. ☐ modalitatea de exercitare a profesiei

VIII. ☐ titlul științific

IX. ☐ funcția didactică

X. ☐ funcție de cercetare

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

I. Nume

II. Domiciliul/Reședința

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

cod poștal

Sector

Județ

Țară

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 studențesc ☐ minister/instituție cu rețea sanitară proprie					
Localitate:					
nr.	bl.	sc.	et.	ap.	
sector/județ			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 studențesc ☐ minister/instituție cu rețea sanitară proprie					
(Localitatea)		(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)			
nr.	bl.	sc.	et.	ap.	
sector/județ/țara			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 ☐ pedodonție ☐ stomatologie generală
☐ chirurgie stomatologică și maxilo-facială

VIII. Studii de masterat/programe de studii complementare etc.

Studii complementare: _____

Studii de masterat: _____

Altă formă de pregătire postuniversitară: _____

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 ☐ membru corespondent ☐ membru de onoare
☐ academician

☐ academician

(membru titular al Academiei de Științe Medicale)

☐ membru corespondent

al Academiei de Științe Medicale

☐ membru de onoare

al Academiei de Științe Medicale

X.1. Funcție didactică☐ asistent universitar☐ șef de lucrări☐ conferențiar universitar☐ profesor universitar**X.2. 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 punctajului profesional minim privind educația medicală continuă - 200 de credite de EMC pe parcursul a 5 ani, cel puțin 24 de credite anual, conform art. 5 din Decizia CN nr. 58/2011, cu modificările și completările ulterioare.

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

- **NUMAI în cazul în care copia legalizată a diplomei de licență nu a fost depusă la dosarul profesional la înscrierea în CMSR:**

8. ☐ copie legalizată a diplomei de licență

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;

Declar pe propria mea răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații că documentele atașate prezentei cereri conțin exclusiv date corespunzătoare realității. Prin semnarea prezentei cereri certific conformitatea cu originalul a tuturor documentelor depuse în copie la dosarul profesional.

Solicit analizarea documentelor prin care se atestă realizarea punctajului profesional minim privind educația medicală continuă atașate prezentei cereri și înscrierea creditelor de EMC în fișa profesională.

Data

Semnătură

Se completează de colegiul teritorial

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

☐ DA / ☐ NU

Data

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

Nr.ore _____ EMC pentru perioada _____

Președinte Colegiul Medicilor Stomatologi Iași
Dr. Sebastian Lupu
AVIZAT

Comisia de secretariat, avizări, autorizari și acreditări

Presedinte: Dr. Linteș Răzvan Ionuț

AVIZAT

**Comisia de educație medicală continuă, profesional
stiintifica și învățământ postuniversitar**
Președinte: Prof. Univ. Dr. Zetu Irina Nicoleta

AVIZAT

Notă de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal pentru medicii stomatologi înscrși în Colegiul Medicilor Stomatologi din Iași

Identitatea și datele de contact ale operatorului

Colegiul Medicilor Stomatologi din Iași (CMS din Iași) este o entitate teritorială a Colegiului Medicilor Stomatologi din România. Colegiul teritorial are personalitate juridică, patrimoniu și buget propriu, precum și autonomie funcțională, organizatorică și financiară în condițiile Legii nr. 95 din 2006 privind reforma în domeniul sănătății. CMS din Iași funcționează în baza Regulamentului de organizare și funcționare (ROF) a Colegiului Medicilor Stomatologi din România, și anume Decizia nr. 3/1AGN din 3 martie 2023 privind adoptarea Regulamentului de organizare și funcționare a Colegiului Medicilor Stomatologi din România, publicată în Monitorul Oficial nr. 355 din 27 aprilie 2023, intrat în vigoare la data de 1 mai 2023.

Sediul colegiului teritorial este în municipiul Iași. Acesta își desfășoară activitatea la adresa:

Str. Zugravi nr.24 Et.1, Iași, Jud. Iasi.

Datele de contact ale CMS din Iași sunt:

Telefon Mobil: 0769 496 458/ 0769 818 163

Email:secretariat@cmsis.ro

Scopurile prelucrării

CMS din Iași prelucrează datele personale în scopul menținerii Registrului unic al medicilor stomatologi, prevăzut de art. 22 din Regulamentul de organizare și funcționare a Colegiului Medicilor Stomatologi din România (ROF). Acest registru cuprinde, conform legii, următoarele date:

- a) numele și prenumele medicului stomatolog;
- b) titlul de calificare deținut sau stadiul pregătirii profesionale;
- c) competențe deținute în condițiile legii;
- d) locuri de exercitare a profesiei;
- e) restrângeri ale dreptului de a exercita profesia, inclusiv cele dispuse de instanțele de judecată sau de organele de urmărire penală;
- f) situațiile de întrerupere a activității profesionale;
- g) alte mențiuni relevante, stabilite prin decizie a Consiliului național.

De asemenea, CMS din Iași colaborează cu Ministerul Sănătății, alături de alte organizații, persoane fizice/juridice, la formarea, specializarea și perfecționarea pregătirii profesionale a medicilor stomatologi, în temeiul art. 56 alin. (3) lit. i) din ROF.

Temeiul juridic

CMS din Iași prelucrează datele personale ale medicilor stomatologi înscrși:

- în temeiul consimțământul exprimat la momentul înscrierii, astfel cum dispune art. 6 alin. (1) lit. a) din GDPR,
- dar și conform art. 6 alin. (1) lit. c) din GDPR, „în vederea îndeplinirii unei obligații legale care îi revine operatorului”. Mai exact, art. 486 din Legea nr. 95 din 2006 privind reforma în domeniul sănătății prevede: „Controlul și supravegherea profesiei de medic stomatolog

se realizează de Ministerul Sănătății și de CMSR, denumite în continuare autorități competente române.”

Destinatarii sau categoriile de destinatari

Datele personale prelucrate sunt gestionate de către aparatul de lucru al CMS din Iași. De asemenea, acestea sunt destinate autorităților cu competențe de autorizare, monitorizare și supraveghere în domeniu, precum și instanțelor judecătorești, în măsura în care furnizarea acestor informații este necesară exercitării unor drepturi sau obligații legitime.

De asemenea, CMS din Iași comunică datele statistice către Comisia pentru studii și strategii de dezvoltare, din cadrul Consiliului Național al CMSR, în vederea stabilirii unor strategii și a unor programe de dezvoltare.

În acest sens, conform art. 21 alin. (3) din ROF, informațiile înscrise în Registrul unic al medicilor stomatologi sunt colectate, verificate, introduse și actualizate de colegiile teritoriale care dețin responsabilitatea pentru realizarea acestor operațiuni privind membrii înscrși în colegiul teritorial. Potrivit art. 7 alin. (6) din ROF, membrii CMSR sunt înscrși în Registrul unic al medicilor stomatologi din România, care se publică pe site-ul oficial al corpului profesional.

Perioada de stocare a datelor cu caracter personal

Datele cu caracter personal prelucrate de CMS din Iași sunt stocate pe toată durata desfășurării atribuțiilor sale legale. În acest sens, durata de stocare poate coincide cu durata de exercitare a profesiei de medic stomatolog în cadrul CMS din Iași. Durata de stocare poate fi mai scurtă, în funcție de împrejurările particulare ce pot interveni în cariera medicilor stomatologi înscrși.

Drepturile persoanei vizate

Persoanele vizate, și anume medicii stomatologi înscrși în CMS din Iași, au **dreptul de a solicita operatorului**, în ceea ce privește datele lor cu caracter personal:

- accesul la acestea;
- rectificarea sau ștergerea acestora;
- restricționarea prelucrării;
- dreptul de a se opune prelucrării;
- dreptul la portabilitatea datelor.

Dreptul de retragere a consimțământului

Persoana vizată are dreptul de a retrage consimțământul în orice moment, fără a afecta legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimțământului înainte de retragerea acestuia;

Dreptul de petiționare

Persoana vizată are **dreptul de a depune o plângere** în fața unei autorități de supraveghere;

Prelucrarea automată a datelor personale

CMS din Iași atestă că nu există un **proces decizional automatizat** referitoare la acestea, incluzând crearea de profiluri.

Subsemnatul/Subsemnata _____ emitent/emitentă al/a solicitării la care este atașată prezenta notă, declar că sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale în condițiile legii de către Colegiul Medicilor Stomatologi Iași.

Semnătura _____

CMI/SRL/CMA: _____

CIF: _____

Sediul social: _____

Nr.de înregistrare _____ din _____

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se adeverește ca dl/dna dr _____
profesează ca medic stomatolog în cadrul CMI/SRL/CMA _____ din
data de _____ până în prezent.

Numele și prenumele reprezentantului legal _____

Semnătura reprezentantului legal
