

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,

COLEGIUL MEDICILOR STOMATOLOGI IASI
AVIZ PRESEDINTE CMS IASI

Dr. Sebastian Lupu

Nr. înregistrare _____

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

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

Comisia de secretariat, avizări, autorizări și acreditări

Presedinte Dr. Lintes Razvan Ionut

AVIZAT

S.C.P.A. Lupu Geta și Tomescu Mircea Dumitru

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.

Solicitantul declară pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații că documentele atașate prezentei cereri conțin exclusiv date corespunzătoare realității.

☐ **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

DECLARAȚIE,

Subsemnatul/a.....

CNP....., domiciliat/ă în

.....

.....

declar pe proprie răspundere

că îndeplinesc condițiile privind nedemnitățile și incompatibilitățile prevăzute de art. 489 și art. 490 din Legea nr. 95/2006, cu privire la reforma în domeniul sănătății, republicată, pentru exercitarea profesiei de medic dentist, respectiv:

Nu am fost condamnat/ă 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;

Nu m-i s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia, pe durata stabilită, prin hotărâre judecătorească sau disciplinară.

Nu dețin calitatea de angajat sau colaborator al unităților de producție ori distribuție de produse farmaceutice, materiale sanitare sau materiale de tehnică dentară;

Nu exercit în calitate de medic dentist, în mod nemijlocit, activități de producție, comerț sau prestări de servicii;

Nu exercit nici o ocupație de natură a aduce atingere demnității profesionale de medic dentist sau bunelor moravuri;

Am o stare de sănătate fizică și psihică corespunzătoare pentru exercitarea acestei profesii;

Nu am folosit și nu folosesc cu bună știință cunoștințele medico-dentare în defavoarea sănătății pacientului sau în scop criminal.

Declar că am luat la cunoștință de faptul că în termen de 10 zile de la apariția unei situații de incompatibilitate, sunt obligat/ă să anunț colegiul teritorial al cărui membru sunt.

Declar că nu sunt membru în alt colegiu teritorial din cadrul Colegiului Medicilor Dentiști România.

Data

Semnătura

C.I. seria nr.....

Nr. înregistrare _____

JURĂMÂNT

Odată admis printre membrii profesiei de medic stomatolog:

Mă angajez solemn să-mi consacru viața în slujba umanității;

Voi păstra profesorilor mei respectul și recunoștința care le sunt datorate;

Voi exercita profesia cu conștiință și demnitate;

Sănătatea pacienților va fi pentru mine obligație sacră;

Voi păstra secretele încredințate de pacienți, chiar și după decesul acestora;

Voi menține prin toate mijloacele onoarea și nobila tradiție a profesiei de
medic stomatolog;

Colegii mei vor fi frații mei;

Nu voi îngădui să se interpună între datoria mea și pacient considerații de
naționalitate, rasă, religie, partid sau stare socială;

Voi păstra respectul deplin pentru viața umană de la începuturile sale, chiar
sub amenințare, și nu voi utiliza cunoștințele mele profesionale contrar legilor
umanității.

Fac acest jurământ în mod solemn, liber, pe onoare.

Nume _____

Prenume _____

Data _____

Semnătura