

**F1.1_R**

Nr. înregistrare _____

Cerere

de înscriere și de eliberare a certificatului de membru

I. Subsemnatul/Subsemnata				
Nume		Nume anterior		
Prenume				
Cod numeric personal				
Act de identitate	<input type="checkbox"/> carte de identitate	<input type="checkbox"/>	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/CMSR și la adresa:				
<input type="checkbox"/> sediului profesional (unității prevăzute la pct. VI)		<input type="checkbox"/> de poștă electronică (e-mail)		<input type="checkbox"/> altă adresă*
*Altă adresă aleasă pentru comunicare				
(Localitatea)		(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)		
nr.	bl.	sc.	et.	ap.
sector/județ		cod poștal		
VI. Unitatea principală în cadrul căreia se va desfășura activitatea profesională				
Denumire:				
Cod fiscal/CUI		Nr. registru unic cabinete medicale		
<input type="checkbox"/> Sediul/ <input type="checkbox"/> Punct de lucru/ <input type="checkbox"/> Altul (cabinet școlar/instituție cu rețea proprie etc.)		Localitatea		
B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.				
nr.	bl.	sc.	et.	ap.



sector/judeţ

cod poştal

Telefon:

Fax:

E-mail:

VII. Declar că am luat cunoştinţă 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/reşedinţa şi a unităţii în cadrul căruia se exercită profesia, precum şi de obligaţia de efectuare a unui număr de 200 de credite EMC într-o perioadă de 5 ani, minim 24 de credite EMC anual, **precum şi de faptul că neîndeplinirea acestei obligaţii reprezintă abatere disciplinară conform art. 7 alin. (7) din Decizia Consiliului naţional nr. 16/2013, cu modificările şi completările ulterioare.**

VIII. Declar pe propria răspundere că:

1. datele mai sus-menţionate corespund realităţii şi sunt actuale;
2. nu sunt înscris ca membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România în alt colegiu teritorial;
3. nu mă aflu în niciuna din situaţiile prevăzute la art. 489 şi 490 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, de natură a împiedica exercitarea profesiei de medic stomatolog;
4. unitatea principală în cadrul căreia voi exercita profesia este cea prevăzută la pct. VI din prezenta cerere.

IX. Cunosc faptul că am obligaţia de a anunţa în scris colegiul teritorial, în termen de maxim 30 de zile de la data apariţiei situaţiei în cauză, cu privire la:

1. schimbarea domiciliului/reşedinţei sau a oricărei alte date de identificare mai sus-menţionate, precum şi modificarea situaţiei profesionale, încălcarea acestei obligaţii constituind abatere disciplinară conform art. 37 din Codul deontologic al medicului stomatolog adoptat prin Decizia Adunării generale naţionale nr. 15/2010;
2. existenţa unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de medic stomatolog;
3. exercitarea profesiei de medic stomatolog în altă ţară ori stabilirea temporară sau definitivă în altă ţară.

X. Solicit înscrierea în colegiul teritorial ca membru al Colegiul Medicilor Stomatologi din România şi eliberarea certificatului de membru în baza prevederilor Titlului XIII din Legea nr. 95/2006, republicată şi ale Deciziei Consiliului naţional nr. 16/2013, cu modificările şi completările ulterioare.

XI. Ataşez prezentei cereri următoarele documenteⁱⁱ:

- 1. copie a actului de identitate (poate fi comunicată şi pe adresa de poştă electronică a colegiului teritorial prevăzută în antet);
- 2. copie a titlului de calificare în profesia de medic stomatolog, precum şi, după caz, a documentului care atestă echivalarea sau recunoaşterea titlului;
- 3. certificat de cazier judiciar;
- 4. certificat de sănătate, care atestă starea de sănătate corespunzătoare exercitării profesiei de medic stomatolog, 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 stomatolog (adeverinţă etc.)*;
- 8. dovada exercitării profesiei de medic stomatolog în ultimii 5 ani (adeverinţă pentru salariaţi/colaboratori model CMSB etc.)*.

*Dacă este cazul.

Notă: Documentele depuse în copie vor purta menţiunea "*conform cu originalul*", numele în clar şi semnătura solicitantului, cu excepţia înscrisurilor prevăzute la pct. 2 şi 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 ACORD / **NU SUNT DE ACORD**

cu comunicarea de către colegiul teritorial/național de informațiiⁱⁱⁱ 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

Se completează de colegiul teritorial

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

DA / NU^{iv}

Data

Departament Avizări-acreditări

_____ Semnătură

2. Certific faptul că solicitantul îndeplinește condițiile prevăzute de lege pentru eliberarea certificatului de membru.

Data

_____ Semnătură Președinte și ștampila colegiului teritorial

Departament Secretariat

Nume, prenume
solicitant _____

Data depunerii jurământului
profesional

Certificat de membru alocat

seria

nr.

Număr de înregistrare în Registrul unic al medicilor
stomatologi

Taxă de înscriere în CMSR achitată cu OP / CHT/...../

Taxă de eliberare certificat achitată cu OP / CHT/...../

Data emiterii certificat de membru al CMSR/...../



Brasov - Str. Mihai Viteazu nr.6, bl.3, Ap.2

Tel: 0726191346 0775112971

cmdr_bv@yahoo.com.ph

cmsbrasov@gmail.com

ⁱ Se ataşează, în copie, dovada reşedinţei.

ⁱⁱ Documentele redactate într-o limbă străină se depun însoţite de o traducere legalizată a acestora, cu excepţia cărţii de identitate şi a titlului de calificare în profesia de medic stomatolog emise de un stat membru al Uniunii Europene, al Spaţiului Economic European sau de Confederaţia Elveţiană, respectiv a extrasului certificatului de căsătorie emis conform prevederilor Convenţiei nr. 16 a Comisiei Internaţionale de Stare Civilă referitoare la eliberarea extraselor multilingve ale actelor de stare civilă, semnată la Viena la 8 septembrie 1976 şi la care România a aderat prin Legea nr. 65/2012, acestea urmând a purta menţiunea "conform cu originalul", numele în clar şi semnătura solicitantului.

ⁱⁱⁱ Aveţi dreptul de a vă opune, în mod gratuit şi fără nici o justificare, la prelucrarea datelor personale în scopuri de marketing direct, respectiv la prelucrarea acestora în vederea informării cu privire la formele de educaţie medicală continuă organizate la nivel teritorial/naţional, la activităţile desfăşurate şi serviciile prestate de colegiul teritorial/naţional în realizarea scopului şi obiectivelor acestora, cu excepţia celor prevăzute în mod expres de lege, precum şi la serviciile şi bunurile prestate/furnizate de partenerii colegiului teritorial/naţional de interes pentru medicii stomatologi.

Informaţiile înregistrate sunt destinate utilizării de către colegiul teritorial/naţional pentru realizarea scopului şi obiectivelor sale, precum şi pentru prestarea serviciilor solicitate de către dumneavoastră sau pentru campanii de informare efectuate de către colegiul teritorial/naţional în condiţiile mai sus-menţionate, inclusiv prin transmiterea de buletine informative, anunţuri, mesaje text (sms), e-mail etc., în format tipărit sau electronic. Aceste informaţii pot fi comunicate titularului datelor. Datele vor face obiectul transferului în străinătate (doar în ţări membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European sau în Confederaţia Elveţiană) numai în cazul solicitării unui certificat de status profesional în vederea exercitării profesiei în afara graniţelor României, emis conform legii/emiterii unei decizii de alertă în baza DCN nr. 13/2016, precum şi în cazuri expres prevăzute de lege.

Conform Legii nr. 677/2001, beneficiaţi de dreptul de acces, de intervenţie asupra datelor şi de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale. De asemenea, vă este recunoscut dreptul de a vă adresa justiţiei.

Pentru exercitarea acestor drepturi, vă puteţi adresa cu o cerere scrisă, datată, semnată şi comunicată personal sau prin poştă la sediul colegiului teritorial.

^{iv} Se anexează raportul motivat întocmit de Departamentul Avizări-acreditări privind respingerea solicitării.