COLEGIUL MEDICILOR STOMATOLOGI BRAŞOV
Brasov - Str. Mihai Viteazu nr.6, bl.3, Ap.2
Tel: 0726191346 0775112971
cmdr_bv@yahoo.com.ph cmsbrasov@gmail.com

Anexa nr. 6 – Modelul cererii-tip de acreditare a formatorilor clinicieni

Către,
Colegiul Medicilor Stomatologi _____
Spre știința Comisiei de educație medicală continuă a Colegiul Medicilor Stomatologi din România

CERERE
de acreditare a formatorilor clinicieni în anul _____

Subsemnatul/(-a)
.....
Specialitate/specialități medicală/medicale deținută/deținute:
.....
Grad/(-e) profesional/(-e)
.....
Atestate de studii complementare
.....
în temeiul dispozițiilor CAP. V Procedură de acreditare/reacreditare a LECTORILOR și a FORMATORILOR CLINICIENI implicați în furnizarea de educație medicală continuă din Decizia Consiliului naţional al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 9/2CN/2026 privind reglementarea sistemului de educație medicală continuă pentru medicii stomatologi , vă solicit:

1. Emiterea avizului prealabil în conformitate cu dispozițiile art. 75 alin. (1) lit. c) din decizia anterior menționată, și respectiv
2. Comunicarea către Comisia de educație medicală continuă a Colegiului Medicilor Stomatologi din România a prezentei cereri și a documentelor anexate în vederea acreditării subsemnatului/subsemnatei ca formator clinician în anul _____, pentru domeniul de expertiză
.....

În susținerea cererii mele, depun în copie conformă cu originalul:
☐ certificat de medic stomatolog specialist sau primar;
☐ dovada certificării prin examinare a calităţii de membru diplomat sau similar al unei societăţi profesionale internaţionale de profil agreată de Colegiul Medicilor Stomatologi din România;

☐ dovada susținerii a cel puțin două cursuri teoretice, cursuri cu demonstrație practică sau cursuri de tip hands-on, organizate în domeniul stomatologiei de furnizori de educație medicală continuă acreditați sau de societăți profesionale internaționale de profil, desfășurate în ultimii doi ani anteriori celui pentru care se solicită avizarea, după cum urmează .....;

☐ dovada vechimii de minimum 7 ani în exercitarea profesiei de medic stomatolog;

☐ certificatul de absolvire pentru ocupația de formator (cod COR 242401), eliberat de un furnizor de formare autorizat în condițiile legii;

☐ dovada achitării către colegiul medicilor stomatologi teritorial a taxei de acreditare ca formator clinician.

Data ...../...../.....
Nume şi prenume: .....
Semnătură: .....