Nr. înregistrare _____

F3.1

Cerere

de avizare a certificatului de membru

I. Subsemnatul/Subsemnata

Nume **Nume anterior**

Prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic | | | | | | | | |

Cod parafă

Certificat de membru seria nr.

II. Domiciliul sau, după caz, reședința[i]

(Localitatea) (B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr. bl. sc. et. ap.

sector/județ cod poștal

III. Date de contact

Telefon: E-mail:

IV. 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. 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 se desfășoară activitatea profesională

Denumire:

Cod fiscal/CUI Nr. registru unic cabinete medicale

❑ Sediu/❑ Punct de lucru/❑ Altul (cabinet școlar/instituție cu rețea proprie etc.) | Localitatea

(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr. bl. sc. et. ap.

sector/județ cod poștal

Telefon: Fax: E-mail:

VI. Grad profesional[ii]

❑ medic rezident ❑ medic specialist ❑ medic primar

VII. Specialitate (pentru absolvirea de studii de masterat/programe de studii complementare etc. se completează Anexa FAI)

❑ chirurgie orală și maxilo-facială ❑ chirurgie dento-alveolară ❑ ortodonție și ortopedie dento-facială

❑ endodonție ❑ parodontologie ❑ protetică dentară ❑ pedodonţie ❑ stomatologie generală

VIII. Modalitate de exercitare a profesiei

❑ independentă	❑ cabinet individual	❑ cabinete grupate	❑ cabinete asociate	❑ societate medicală	❑ SRL	❑ alta ..... (specificați)	❑ salariată
	❑ titular			❑ asociat			

IX. Informații suplimentare[iii]

Titlu științific	❑ doctor în științe medicale		
	❑ academician (membru titular al Academiei Române)	❑ membru corespondent al Academiei Române	❑ membru de onoare al Academiei Române
Funcție didactică	❑ asistent universitar	❑ șef de lucrări	❑ conferențiar universitar
	❑ profesor universitar	❑	(specificați)
Funcție de cercetare	❑ asistent cercetare		❑ cercetător științific
	❑ cercetător științific gr. III	❑ cercetător științific gr. II	❑ cercetător științific gr. I

X. Declar pe propria răspundere că:

1. datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale, precum și că sunt de acord cu prelucrarea datelor personale cuprinse în prezenta cerere;

2. 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;

3. unitatea principală în cadrul căreia exercit activitatea profesională este cea prevăzută la pct. V din prezenta cerere;

4. nu am întrerupt exercitarea profesiei/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[iv];

5. am citit conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către CMDR/ colegiul teritorial atașată prezentei cereri.

XI. 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.

XII. Solicit, în baza prevederilor Titlului XIII din Legea nr. 95/2006, republicată, și a Deciziei Consiliului național al CMDR nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare, avizarea certificatului de membru[v].

XIII. Atașez prezentei cereri următoarele documente:

a) ❑ certificatul de membru, în original;
b) ❑ copie a actului de identitate (poate fi comunicată și pe adresa de poștă electronică a colegiului teritorial prevăzută în antet);
c) ❑ **dacă este cazul,** copie a actului prin care se atestă schimbarea numelui;
d) ❑ copie a asigurării de răspundere profesională;
e) ❑ copie a documentelor prin care se atestă realizarea punctajului profesional minim privind educația medicală continuă conform art. 5 din Decizia CN nr. 58/2011, cu modificările și completările ulterioare;
f) ❑ adeverință privind locul de exercitare al profesiei[vi];
g) ❑ dovada domiciliului, respectiv a reședinței, după caz (dacă nu rezultă din actul de identitate);
h) ❑ **dacă este cazul,** dovada neîntreruperii activității profesionale pe o perioadă mai mare de 5 ani.

Notă: Documentele depuse în copie vor purta mențiunea "*conform cu originalul*", numele în clar și semnătura solicitantului, cu excepția înscrisului prevăzut la pct. XIII lit. c), care va fi certificat pentru conformitate de personalul colegiului teritorial desemnat în acest sens, dacă se prezintă originalul. În lipsa originalului, se acceptă copie legalizată.

❑ **SUNT DE ACORD**[vii] **/** ❑ **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 | | | | | | | | |

_____

Semnătur

Se completează de colegiul teritorial

1. Verificare prealabilă[viii]

Sunt îndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru avizarea certificatului de membru: ❑ DA/❑ NU[ix]

Data | | | | | | | | |

_____
Semnătură Persoana desemnată

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

_____ ❑ DA/❑ NU[x]

Data | | | | | | | | |

_____
Departamentul avizări-acreditări

[i]Se atașează, în copie, dovada reședinței.
[ii]Se atașează, în copie, ordinul de confirmare ori similar sau, după caz, atestatul de echivalare/recunoaștere.
[iii]În cazul titlului științific se atașează, în copie, dovada obținerii titlului de membru al Academiei Române, respectiv diploma de doctor în științe medicale, în cazul funcției didactice se atașează, în copie, adeverință eliberată de instituția de învățământ superior, iar în cazul funcției de cercetare se atașează, în copie, adeverință eliberată de unitatea publică/privată în cadrul căreia se desfășoară activitatea de cercetare.
[iv]În cazul în care medicul dentist solicitant a dobândit calitatea de membru al CMDR în urmă cu cel puțin 5 ani.
[v]Avizarea certificatului de membru se va efectua numai după prezentarea dovezii de achitare la zi a cotizației datorate CMDR, conform prevederilor art. 7 alin. (6) din Decizia Consiliului național nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare.
[vi]Adeverință emisă de unitatea în cadrul căreia se exercită profesia în cazul celor care își desfășoară activitatea în calitate de salariat sau colaborator (conform modelului aprobat de colegiul teritorial) - cu excepția solicitantului care desfășoară profesia într-o unitate publică care virează lunar colegiului teritorial cotizația datorată CMDR.
[vii] În acest caz, consimțământul acordat poate fi retras în orice moment.
[viii]În cazul în care verificarea prealabilă a documentației se efectuează de către o persoană desemnată de biroul executiv al colegiului teritorial.
[ix]Se anexează raportul motivat întocmit de persoana desemnată privind respingerea solicitării.
[x]Se anexează raportul motivat întocmit de Departamentul Avizări-acreditări privind admiterea sau, după caz, respingerea solicitării, dacă acesta este diferit de cel al persoanei desemnate.