



## Colegiul Medicilor Stomatologi ROMÂNIA

Str. Lainici nr. 9, Sector 1, București

Tel: 0725.351.765, 0737.666.308

secretariat@cmsr.ro

cmsr.ro

**Către,**

**Colegiul Medicilor Stomatologi \_\_\_\_\_**

**Spre știința Comisiei EMC a CMSR**

### **CERERE**

#### **de acreditare a lectorilor în anul 2025**

Subsemnatul/(-a) .....

Titlu universitar .....

Specialitate/ specialități medicale deținute: .....

Grad/(-e) profesional/(-e) .....

Atestate de studii complementare .....

în temeiul at. 1 din Anexa nr. 2 - Procedură de acreditare/reacreditare a lectorilor implicați în furnizarea de educație medicală continuă a Deciziei Consiliului național al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 16/2CN/2021, cu modificările și completările ulterioare, denumit în continuare Regulamentul EMC, vă solicit:

1. Emiterea avizului prealabil în conformitate cu dispozițiile art. 2 alin. (3) din Anexa nr. 2 a Regulamentului EMC și, respectiv
2. Comunicarea către Comisia EMC a prezentei cereri și a documentelor anexate în vederea acreditării subsemnatului/ subsemnatei ca lector în anul 2025, pentru domeniul

.....

În susținerea cererii mele, depun în copie conformă cu originalul:

certificat de medic stomatolog specialist/primar sau dovada certificării prin examinare a calității de membru diplomat sau similar al unei societăți profesionale internaționale de profil agreată de CMSR;

diploma de doctor în științe medicale;

dovada calității de lector la cel puțin 2 evenimente dintre cele menționate la art. 3 alin. (2) din Anexa nr. 3 la Regulamentul EMC, organizate în domeniul stomatologiei de furnizori acreditați de educație medicală continuă sau de societăți profesionale internaționale de profil, în ultimii 2 ani anteriori celui pentru care se solicită acreditarea;

dovada publicării a minimum două articole, in extenso, în reviste de specialitate cotate ISI cu factor de impact mai mare de 0,3;

dovada achitării către colegiul medicilor stomatologi județean a taxei în cuantum de 100 euro, în lei la cursul BNR din ziua plății.

Data ...../...../.....

Nume și prenume: .....

Semnătură: .....