

F2.1**Cerere**

de eliberare a unui nou certificat de membru

Subsemnatul/Subsemnata**Nume**

Nume anterior

Prenume

Nr. de înregistrare în Registrul unic

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Certificat de membru

seria

nr.

I. Solicit, în baza prevederilor Deciziei Consiliului național al CMSR nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare, eliberarea unui nou certificat de membru, ca urmare a:

1. preschimbării certificatului de membru emis în baza Deciziei Consiliului național nr. 16/2006
2. preschimbării certificatului de membru emis în baza adeverinței de absolvire a studiilor
3. modificării numelui
4. transferului
5. pierderii/furtului certificatului de membru deținut anterior
6. deteriorării certificatului de membru deținut anterior

Declar pe propria răspundere că nu am întrerupt exercitarea profesiei și 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.¹

II. Atașez prezentei cereri următoarele documente:

- a) copie a actului de identitate (poate fi comunicată și pe adresa de poștă electronică a colegiului teritorial prevăzută în antet);
- b) copie a actului prin care se atestă schimbarea numelui, dacă este cazul,
- c) copie a asigurării de răspundere profesională, în termen de valabilitate;
- d) copie a documentelor prin care se atestă realizarea punctajului profesional minim privind educația medicală continuă conform art. 5 din DCN nr. 58/2011, cu modificările și completările ulterioare;
- e) dacă este cazul, dovada² neîntreruperii activității profesionale pe o perioadă mai mare de 5 ani.

III. precum și:

- a) **în cazul prevăzut la pct. 1:**
 - certificatul de membru emis în baza Deciziei Consiliului național nr. 16/2006, în original.
- b) **în cazul prevăzut la pct. 2:**
 - copie a diplomei de licență eliberate de instituția de învățământ superior care a emis adeverința;
 - certificatul de membru emis în baza adeverinței de absolvire a studiilor, în original.
- c) **în cazul prevăzut la pct. 4:**
 - dovada aprobării cererii de transfer.
- d) **în cazul prevăzut la pct. 5:**
 - declarație pe propria răspundere;
 - dovada publicării anunțului în cotidianul național _____ nr. _____ din data de _____.
- e) **în cazul prevăzut la pct. 6:**
 - certificatul de membru deținut anterior, în original.

Data

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Semnătura

Notă: Documentele depuse în copie vor purta mențiunea "conform cu originalul", numele în clar și semnătura solicitantului, cu excepția înscrisurilor prevăzute la pct. II lit. b) și pct. III lit. b) (diploma de licență) care vor fi certificate pentru conformitate de personalul colegiului teritorial desemnat în acest sens, dacă se prezintă originalul. În lipsa originalului, se acceptă copia legalizată.

Se completează de colegiul teritorial

I. Sunt îndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru eliberarea unui nou certificat de membru:

Data

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nume, prenume solicitant _____

Data înscrierii în CMSR, conform certificatului/certificatelor deținut/e anterior

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Departament Avizări-acreditări_____
Semnătura

ⁱNumai în cazul în care medicul stomatolog solicitant a dobândit calitatea de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România în urmă cu cel puțin 5 ani.

ⁱⁱAdeverință emisă de unitatea în cadrul căreia se exercită/s-a exercitat profesia de medic stomatolog în cazul celor care își desfășoară activitatea în calitate de salariat sau colaborator (conform modelului postat pe www.cmsb.ro) - cu excepția solicitantului care desfășoară profesia într-o unitate publică care virează lunar colegiului teritorial cotizația datorată CMSR.

ⁱⁱⁱSe anexează raportul motivat întocmit de Departamentul Avizări-acreditări privind respingerea solicitării.