

## Cerere

de înscriere și de eliberare a certificatului de membru

### I. Subsemnatul/Subsemnata

Nume

Nume anterior

Prenume

Cod numeric personal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Act de identitate

carte de identitate

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, reședința<sup>1</sup>

(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/CMDR și la adresa:

sediului profesional (unității prevăzute la pct. VI)

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

### VI. Unitatea principală în cadrul căreia se va desfășura 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:

**VII. Declar că am luat cunoștință 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/reședința și a unității în cadrul căreia se exercită profesia, precum și de obligația de efectuare a unui număr de 200 de credite EMC într-o perioadă de 5 ani, minim 20 de credite EMC anual, precum și de faptul că neîndeplinirea acestei obligații reprezintă abatere disciplinară conform art. 7 alin. (7) din Decizia Consiliului național nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare.**

**VIII. Declar pe propria răspundere că:**

1. datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale;
2. nu sunt înscris/ă ca membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România (CMDR) în alt colegiu teritorial;
3. 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;
4. unitatea principală în cadrul căreia voi exercita profesia este cea prevăzută la pct. VI din prezenta cerere;
5. am citit conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către CMDR/ colegiul teritorial atașată prezentei cereri.

**IX. 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.

**X. Solicit înscrierea în colegiul teritorial ca membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România și eliberarea certificatului de membru în baza prevederilor Titlului XIII din Legea nr. 95/2006, republicată, și ale Deciziei Consiliului național nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare.****XI. Atașez prezentei cereri următoarele documente<sup>ii</sup>:**

- 1. copie a actului de identitate (poate fi comunicată și pe adresa de poștă electronică a colegiului teritorial prevăzută în anet);
- 2. copie a titlului de calificare în profesia de medic dentist, precum și, după caz, a documentului care atestă echivalarea sau recunoașterea titlului;
- 3. certificat de cazier judiciar;
- 4. certificat de sănătate, care atestă starea de sănătate corespunzătoare exercitării profesiei de medic dentist, 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 dentist (adeverință etc.)\*;
- 8. dovada exercitării profesiei de medic dentist în ultimii 5 ani (adeverință pentru salariați/colaboratori model CMDT etc.)\*.

\*dacă este cazul.

**Notă:** Documentele depuse în copie vor purta mențiunea "conform cu originalul", numele în clar și semnătura solicitantului, cu excepția înscrisurilor prevăzute la pct. 2 și 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**<sup>iii</sup> /  **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

\_\_\_\_\_  
Semnătură

**Se completează de colegiul teritorial**

1. Sunt îndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru eliberarea certificatului de membru:  DA/ NU<sup>iv</sup>

Data

\_\_\_\_\_  
Departament Avizări-acreditări

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 dentiști 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Semnătură

- <sup>i</sup> Se atașează, în copie, dovada reședinței.
- <sup>ii</sup> Documentele redactate într-o limbă străină se depun însoțite de o traducere legalizată a acestora, cu excepția cărții de identitate și a titlului de calificare în profesia de medic dentist emise de un stat membru al Uniunii Europene, al Spațiului Economic European sau de Confederația Elvețiană, respectiv a extrasului certificatului de căsătorie emis conform prevederilor Convenției nr. 16 a Comisiei Internaționale de Stare Civilă referitoare la eliberarea extraselor multilingve ale actelor de stare civilă, semnată la Viena la 8 septembrie 1976 și la care România a aderat prin Legea nr. 65/2012, acestea urmând a purta mențiunea "*conform cu originalul*", numele în clar și semnătura solicitantului.
- <sup>iii</sup> În acest caz, consimțământul acordat poate fi retras în orice moment.
- <sup>iv</sup> Se anexează raportul motivat întocmit de Departamentul Avizări-acreditări privind respingerea solicitării.