



# Colegiul Medicilor Stomatologi BUCUREȘTI

Str. Salcânilor nr. 5, 020701, Sector 2, București 0770 608 967 / 0770 608 180 office@cmsb.ro cmsb.ro

Nr. înregistrare \_\_\_\_\_

## 3.1 FAV

## Cerere

de avizare a certificatului de membru

Nr. Registru unic al medicilor stomatologi

Certificat de membru CMSR

seria

nr.

**Subsemnatul/Subsemnata**

**Nume**

**Nume anterior**

**Prenume**

Solicit avizarea certificatului de membru în baza prevederilor Titlului XIII din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, a ROF CMSR și a Deciziei Consiliului național nr. 24/2CN/2019.

### A. Declar pe propria răspundere că:

- exercit /  nu exercit profesia într-o unitate sanitară publică, care virează lunar cotizația de membru către colegiul teritorial;
- exercit /  nu exercit profesia în cadrul aceleiași unități care a emis cu mai puțin de 5 ani înainte un înscris doveditor privind desfășurarea activității de medicină dentară, comunicat colegiului teritorial;
- am exercitat o funcție didactică în cursul anului anterior/începând cu data de \_\_\_\_\_;
- mă aflu |  nu mă aflu în una din situațiile prevăzute la art. 489 și 490 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, de natură a împiedica exercitarea profesiei de medic stomatolog;
- am întrerupt exercitarea profesiei/m-am aflat într-o situație de incompatibilitate pe o perioadă de peste 5 ani |  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;
- am luat cunoștință de conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor Stomatologi din România (CMSR)/CMSB (colegiul teritorial);
- sunt de acord |  nu de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal prevăzute la pct. A.IV;
- datele menționate în prezenta cerere corespund realității și sunt actuale;
- am luat cunoștință de faptul că furnizarea de orice date false conduce la respingerea prezentei solicitări sau la anularea vizei emise în baza acesteia și că o astfel de furnizare poate duce la declanșarea procedurilor judiciare împotriva mea, în conformitate cu legea română.

10.  nu au intervenit modificări  au intervenit modificări

de la avizarea sau de la actualizarea anterioară privind:

I.  nume

II.  domiciliul/reședința

III.  date de contact

IV.  modalități suplimentare de  
comunicare

V.  unitatea principală în care îmi desfășor activitatea

V.1.  altă unitate în care îmi desfășor activitatea

VI.  grad profesional

VII.  specialitate

VIII.  master/studii complementare

IX.  modalitatea de exercitare a profesiei

X.1.  titlul științific

X.2.  funcția didactică

X.3.  funcție de cercetare

**Se completează numai punctele în cazul cărora au intervenit modificări de la ultima avizare**

**I. Nume**

**II. Domiciliul/Resedința**

(Localitatea)

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

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ/țară

cod poștal

**III. Date de contact**

Telefon:

E-mail:

**IV. Modalități suplimentare de comunicare adrese/notificări/decizii****Solicit comunicarea adreselor/notificărilor/deciziilor etc. emise de colegiul teritorial/CMSR și la adresa:**
 sediului profesional (unității prevăzute la pct. V)
  de poștă electronică (e-mail)
  altă adresă\*
**\*Altă adresă aleasă pentru comunicare**

nr. (Localitatea) bl. sc. et. ap. (B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)  
 sector/județ cod poștal

**V. Unitatea principală în cadrul căreia îmi desfășor activitatea profesională (sediul profesional/loc de muncă)**
 entitate publică
  entitate privată
**Denumire:**

Cod fiscal/CUI Nr. registru unic DSP cabinete medicale

 Sediul/ Punct de lucru Altul:  cabinet școlar  cabinet studentesc  minister/instituție cu rețea sanitară proprie

nr. (Localitatea) bl. sc. et. ap. (B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)  
 sector/județ/țară cod poștal

Telefon: Fax: E-mail:

**V.1. Altă unitate în cadrul căreia îmi desfășor activitatea profesională**
 entitate publică
  entitate privată
**Denumire:**

Cod fiscal/CUI Nr. registru unic DSP cabinete medicale

 Sediul/ Punct de lucru Altul:  cabinet școlar  cabinet studentesc  minister/instituție cu rețea sanitară proprie

nr. (Localitatea) bl. sc. et. ap. (B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)  
 sector/județ/țara cod poștal

Telefon: Fax: E-mail:

**VI. Grad profesional**
 medic rezident
  medic specialist
  medic primar
**VII. Specialitate**
 chirurgie orală și maxilo-facială
  chirurgie dento-alveolară
  ortodonție și ortopedie dento-facială

 endodonție
  parodontologie
  protetică dentară
  pedodonție
  stomatologie generală
 chirurgie stomatologică și maxilo-facială**VIII. Studii de masterat/programe de studii complementare etc. - se completează Anexa FAI****IX. Modalitate de exercitare a profesiei**

independentă	<input type="checkbox"/> cabinet individual	<input type="checkbox"/> cabinete grupate	<input type="checkbox"/> cabinete asociate	<input type="checkbox"/> societate medicală	<input type="checkbox"/> SRL	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> salariată
		<input type="checkbox"/> titular		<input type="checkbox"/> asociat		..... (specificați)	

**X. Informații suplimentare****X.1. Titlu științific**  doctor în științe medicale academician(membru titular al Academiei Române) membru corespondent al Academiei Române membru de onoare al Academiei Române academician(membru titular al Academiei de Științe Medicale) membru corespondent al Academiei de Științe Medicale membru de onoare al Academiei de Științe Medicale**X.2. Funcție didactică**
 asistent universitar
  șef de lucrări
  conferențiar universitar
  profesor universitar
**X.3. Funcție de cercetare**
 asistent cercetare
  cercetător științific grad III
  cercetător științific grad II
  cercetător științific grad I

**C. Mă oblig să anunț în scris colegiul teritorial, în termen de maxim 30 de zile de la data:**

1. schimbării domiciliului/reședinței sau a oricărei alte date de identificare mai sus-menționate, precum și a modificării situației profesionale, încălcarea acestei obligații constituind abatere disciplinară conform art. 37 din Codul deontologic adoptat prin Decizia Adunării generale naționale nr. 15/2010;
2. apariției unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de medic stomatolog;
3. exercitării profesiei de medic stomatolog în altă țară ori stabilirii temporare sau definitive în altă țară.

**D. Atașez prezentei cereri următoarele documente:**

1.  copie a asigurării de răspundere profesională;
2.  copie a documentelor prin care se atestă realizarea punctajului profesional minim privind educația medicală continuă - 200 de credite de EMC pe parcursul a 5 ani, cel puțin 24 de credite anual, conform art. 5 din Decizia CN nr. 58/2011, cu modificările și completările ulterioare.

**precum și:**

- **NUMAI dacă au intervenit modificări de la avizarea sau de la actualizarea anterioară:**

3.  copie a actului prin care se atestă schimbarea numelui
4.  copie a actului care face dovada domiciliului/reședinței
5.  copie atestat de studii complementare/altă formă de pregătire postuniversitară, obținut conform legii
6.  copii ale documentelor care fac dovada obținerii de titluri în domeniul profesional (grad profesional, titluri științifice, funcții didactice, funcții de cercetare)

- **NUMAI dacă:**

- se exercită profesia într-o unitate sanitară publică care virează lunar colegiului teritorial cotizația datorată de solicitant CMSR sau
- nu se exercită profesia în cadrul aceleiași unități care a emis cu mai puțin de 5 ani înainte un înscris doveditor privind desfășurarea activității de medicină dentară, comunicat colegiului teritorial:

7.  înscrisul doveditor privind desfășurarea activității de medicină dentară emis de unitatea în cadrul căreia îmi exercit profesia

- **NUMAI în cazul în care copia legalizată a diplomei de licență nu a fost depusă la dosarul profesional la înscrierea în CMSR:**

8.  copie legalizată a diplomei de licență

**E. Comunicarea de informări**

**SUNT DE ACORD**

cu comunicarea de către colegiul teritorial/CMSR (denumite colectiv și corpul profesional),

prin  poștă  e-mail  telefon  sms  toate modalitățile ante-menționate

a informărilor privind:

- formele de educație medicală continuă organizate la nivel teritorial/național;
- activitățile desfășurate, evenimentele organizate și serviciile prestate de corpul profesional;
- aspecte referitoare la activitatea corpului profesional și la exercitarea profesiei sau în legătură cu aceasta.

Am luat cunoștință de faptul că:

- avizarea certificatului de membru se va efectua în termen de maxim 30 de zile de la data depunerii documentației complete, numai după prezentarea dovezii de achitare la zi a cotizației datorate CMSR, conform prevederilor art. 15 din Decizia Consiliului național nr. 24/2CN/2019, cu modificările și completările ulterioare;
- documentele comunicate în copie simplă la sediul colegiului teritorial, prin servicii poștale sau de curierat se certifică pentru conformitate cu originalul de către medicul stomatolog solicitant prin înscrierea pe acestea a mențiunii „conform cu originalul”, însoțită de numele în clar și de semnătură, potrivit dispozițiilor art. 13 alin. (3) și (4) din Decizia Consiliului național nr. 24/2CN/2019, iar înscrisurile comunicate prin mijloace electronice vor fi primite și înregistrate numai dacă sunt certificate pentru conformitate cu originalul de către medicul stomatolog solicitant, pe baza semnăturii electronice simple, avansate sau calificate.

Solicit analizarea documentelor prin care se atestă realizarea punctajului profesional minim privind educația medicală continuă atașate prezentei cereri și înscrierea creditelor de EMC în fișa profesională.

Data

\_\_\_\_\_  
Semnătură