Nr. înregistrare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**F6.0\_SPC**

**Cerere**

 pentru eliberarea Certificatului de status profesional curent

|  |
| --- |
| **Subsemnatul/Subsemnata:** |
| **Nume** |  |
| **Prenume** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| înscris(ă) în Colegiul Medicilor Stomatologi  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| nr. Registru unic al medicilor stomatologi |  |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|  | telefon | |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| Solicit eliberarea unui certificat de status profesional curent (CSPC) în scopul : |
|  ❑ avizării cabinetului de medicină dentară; |
|  ❑ întocmirii dosarului de înscriere la un examen de promovare profesională; ❑ întocmirii dosarului de înscriere la un concurs de ocupare a unui post vacant; |
|  ❑ exercitării profesiei în altă țară. |
| Destinatarul\* CSPC: |  |
| Sediu: |  |

\*Instituția care solicită prezentarea CSPC (se menționează în certificatul de status profesional curent, conform H.G. nr. 1.464/2006).

|  |  |
| --- | --- |
| **I.** Cetățenia |  |

(inclusiv dubla cetățenie și, după caz, detalii cu privire la modificările care privesc acest aspect)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.** Act de identitate | ❑ CI | ❑  |  |  | seria |  | nr. |  |

|  |
| --- |
| **III.** Cod numeric personal |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |

**IV.** Locul nașterii: .......................................................................... data nașterii |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

**V.** Diplomă de licență: seria ……….. nr. ………………….… data obținerii |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| emisă de |  | localitatea |  |
|  |  |

**VI.** Titluri oficiale de calificare profesională:.............................................................................................................................................

**VII.** Atestate de studii complementare: .........................................................................................................................................................

**VIII.** Loc de muncă: ....................................................................................................................................................................................................

Adresa ..............................................................................................................................................................................................................................

**IX.** Domiciliu/Reședință: ......................................................................................................................................................................................

**Sunt de acord cu menționarea în CSPC a adresei de domiciliu, în absența locului de muncă.** ❑ Da / ❑ Nu

**Anexez la prezenta cerere:**

❑ copie act de identitate;

❑ copie titluri oficiale de calificare profesională deținute (diplomă de licență, certificat de medic stomatolog specialist etc.);

❑ copie dovadă absolvire forme de învățământ postuniversitar.

|  |
| --- |
|  |
|  Data |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătura