

CERERE

pentru Avizarea Certificatului de Membru al Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul(a):

Nume: _____ Initiala tatălui: __ Prenume: _____

medic specialitatea _____

identificat(a) cu CNP: I _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | , membru(a) al(a)

Colegiului Medicilor ILFOV , posesor/ posesoare al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România, nr. _____ vă rog să-mi aprobați avizarea Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din Romania

Declar pe proprie răspundere următoarele:

- am achitat cotizatia de membru al Colegiului Medicilor din Romania pana la data de ___//___//_____ (ziua//luna//anul).
- nu mă aflu în nici una din situațiile privind nedemnitățile și incompatibilitățile exercitării activității de medic prevăzute în art. 388 și 389 ale Legii 95/2006.
- fața de datele personale și profesionale declarate de subsemnatul(a) la înscrierea în Colegiul Medicilor Ilfov nu a intervenit nici o modificare/ au intervenit modificări.
- mă oblig să anunț în scris Colegiul Medicilor Ilfov în termen de maxim 30 de zile de la data apariției situației în cauză, cu privire la:
 - existența oricărei modificări intervenite referitoare la datele mai sus-menționate sau la exercitarea profesiei (ex.: schimbare de date personale, a adresei de domiciliu, a titlului profesional, a locului de muncă, a formei de exercitare a profesiei, absolvirea de studii de masterat/ programe de studii complementare etc.), în vederea înregistrării acestor informații în dosarul profesional personal și în Registrul unic al medicilor din România.
 - existența unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de medic.
 - exercitarea profesiei de medic în altă țară /stabilirea definitivă sau temporară în altă țară și să depun, în acest caz, cererea de suspendare din calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.
- declar că am luat cunoștință de faptul că Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania se vizează anual în baza prezentării contractului de asigurare de răspundere civilă profesională valabil pentru anul în curs, a dovezii desfășurării activității medicale în cadrul unei unități medicale autorizate în condițiile legii, precum și de obligația profesională de efectuare a unui număr de 200 de credite de educație medicală continuă în ultimii 5 ani (sau 40 de credite de educație medicală continuă pentru medicii care au împlinit vârsta legală de pensionare).

Anexez prezentei cereri dosarul continand următoarele documente:

Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din Romania

Copie după contractul de asigurare de raspundere civila profesionala

Copii după certificate, diplome etc eliberate in cadrul Programului de Educatie Medicala Continua

(Notă: Documentele depuse în copie vor purta mențiunea "conform cu originalul", numele în clar și semnătura solicitantului.

Documentele redactate într-o limbă străină se depun însoțite de o traducere legalizată a acestora.

În cazul în care au survenit modificări în ceea ce privește datele personale și profesionale ale medicului, acesta va completa și va depune în acest sens cererea tip-C X)

Dosarul depus conține _____ file (filele vor fi numerotate in ordine de catre solicitant)

Data _____

Nume, prenume _____

Semnătura _____

Email: _____

Tel: _____