

CERERE

pentru înscrierea în Colegiul Medicilor ILFOV și eliberarea Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul(a):

Nume: _____ **Initiala tatălui:** __ **Prenume:** _____

medic specialitatea _____

identificat(a) cu CNP: | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | , si

C.I. / Pașaport **serie:** _____ **număr:** _____, vă rog să-mi aprobați **înscrierea** în Colegiul Medicilor ILFOV și **eliberarea** Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România în conformitate cu datele personale și profesionale completate în formularul anexat și cu actele doveditoare anexate prezentei cereri (acte pe care le declar conforme cu originalul)

Declar pe proprie răspundere următoarele:

- nu mă aflu în nici una din situațiile privind nedemnitatea și incompatibilitatea exercitării activității de medic prevăzute în art. 388 și 389 ale Legii 95/2006.
- sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal cuprinse în această cerere și cu comunicarea de către Colegiul Medicilor Ilfov / Colegiul Medicilor din Romania de informații privind formele de educație medicală continuă și cu activitățile desfășurate și serviciile prestate de colegiul teritorial/național în realizarea scopului și obiectivelor acestora;
- 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 conținând următoarele documente:

- Copie după diploma de absolvire a facultății de medicină
- Copie după Ordinul de confirmare în Rezidențiat (*pentru medicii rezidenți*)
- Copie după Ordinul de confirmare a gradului profesional (specialist/ primar)
- Copie după Certificatele de competențe, Atestate de studii complementare sau supraspecializări obținute (*dacă este cazul*)
- Copie după Diploma de Doctor în Științe medicale (*dacă este cazul*)
- Adeverința U.M.F. de grad didactic (asistent, profesor, etc) (*dacă este cazul*)
- Copie după Decizia de cercetător (*dacă este cazul*)

Pentru medicii angajați: adeverința de la locul de muncă prezent sau de la ultimul loc de muncă, după caz, care să conțină date referitoare la: angajator, funcția și perioada în care a desfășurat activitatea medicală (*dacă este cazul*)

Certificatul Profesional Curent (*pentru medicii veniți prin transfer de la alt Colegiu al medicilor teritorial sau din străinătate*)

Nota de transfer (*pentru medicii veniți prin transfer de la alt Colegiu al medicilor teritorial*)

Certificatul de sănătate tip A5 cu viza Psihiatrie (în original) eliberat de unitățile medicale abilitate

Certificatul de cazier judiciar (în original)

Copie după Cartea de identitate

Copie după Certificatul de căsătorie / divorț - în cazul schimbării numelui

Copie după chitanța pentru plata *taxei de înscriere*

FORMULARUL de înregistrare a datelor personale și profesionale ale medicului

(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.)

Dosarul depus conține _____ file (filele vor fi numerotate în ordine de către solicitant)

Data _____

Nume, prenume _____

Semnătura _____

Email: _____

Tel: _____

