



Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

DOMNULE PREŞEDINTE

Subsemnatul (a) Dr. \_\_\_\_\_

cod parafă \_\_\_\_\_ ; CUIM \_\_\_\_\_ varsta \_\_\_\_\_

domiciliat(a) în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_;

nr. \_\_\_\_\_; bl. \_\_\_\_\_ ap. \_\_\_\_\_; tel. \_\_\_\_\_; email \_\_\_\_\_,

solicit avizul anual al Colegiului Medicilor din Braşov, al cărui membru sunt, în vederea continuării activităţii medicale peste vârsta legală de pensionare în

specialitatea: \_\_\_\_\_

grad profesional \_\_\_\_\_

specialitatea: \_\_\_\_\_

competenţa: \_\_\_\_\_

Declar pe propria răspundere că activitatea pe care urmează să o desfăşor va fi în unitatea/unitatile sanitare

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

În vederea obţinerii avizului anexez următoarele:

- certificatul de membru si avizul anual în copie certificata ”conform cu originalul”

- copie a actului de identitate copie certificata ”conform cu originalul”

- certificatul de sănătate, care va conţine obligatoriu viza medicului psihiatru cu menţiunea «**apt să lucreze în domeniul sanitar**» şi viza medicului de medicina muncii cu menţiunea «**apt să lucreze în specialitatea....**» (**specialitatea medicului pentru care se eliberează certificatul de sănătate**).

- asigurare de răspundere civilă pentru greşeli în activitatea profesională valabilă pentru anul în curs, copie certificata ”conform cu originalul”

- dovada efectuării a minimum 40 ore EMC în ultimele 12 luni

- dovada cotizatiei de membru la zi.

Semnătura,

Data,