

CERERE DE ELIBERARE A CERTIFICATULUI PROFESIONAL CURENT

(Certificat de buna practica medicala – good standing)

Subsemnatul/a, posesor al actului de identitate tip, serie, număr, CNP

vă rog să îmi eliberați certificatul profesional curent în scopul:

- exercitării profesiei de medic în afara României și doresc emiterea documentului în limba romana.
- întocmirii dosarului de înscriere la examenul de promovare profesională sau concurs de ocupare a unui post vacant de medic;
- înființării de cabinet medical;
- alt scop:

Destinatarul (instituția pentru care se solicită certificatul profesional curent):

Denumirea:

Adresa completă:.....

Calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România:

- în prezent, sunt membru al Colegiului Medicilor Brasov, având CUIM
- am fost în trecut membru al Colegiului Medicilor, având CUIM

Sunt de acord cu menționarea adresei locului de muncă principal, iar, dacă acesta nu există, a adresei de domiciliu/reședință:

- Da Nu

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

1. dovada identității (copia certificată "conform cu originalul" a actului de identitate/pașaportului);
2. dovada achitării taxei de eliberare a certificatului profesional curent;
3. alte documente (dacă este cazul, în special în scopul actualizării informațiilor existente la nivelul colegiului teritorial):

Date contact solicitant:

- Adresa:.....
- Telefon:
- E-mail:.....

Declar pe propria răspundere că nu mă aflu în vreuna dintre situațiile prevăzute de art. 388 și 389 din Legea nr. 95/2006. În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr.679/2016, îmi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate și ma oblig să aduc la cunostinta Colegiului Medicilor Brasov orice modificare a acestor date. Declar ca sunt de acord să primesc notificari și/sau informari din partea Colegiului Medicilor Brasov.

Data

Semnătura

Către președintele Colegiului Medicilor Brasov