

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

DOMNULE PREȘEDINTE

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

cod parafă \_\_\_\_\_ ; CUIM \_\_\_\_\_ domiciliat(a)

în \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_;

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

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

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

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

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

competența: \_\_\_\_\_

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

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

În vederea obținerii avizului anexez următoarele:

- certificatul de membru și avizul anual în original și copie
- copie a actului de identitate;
- certificatul de sănătate, care va conține obligatoriu viza medicului psihiatru cu mențiunea «**apt să lucreze în domeniul sanitar**» și viza medicului de medicina muncii cu mențiunea «**apt să lucreze în specialitatea....**» (**specialitatea medicului pentru care se eliberează certificatul de sănătate**).
- copie a asigurării de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională valabilă pentru anul în curs;
- dovada efectuării a minimum 40 ore EMC în ultimele 12 luni
- dovada achitării cotizației de membru

Semnătura,

Data,