



Nr..... din

CERERE DE ELIBERARE A CERTIFICATULUI PROFESIONAL CURENT

(Certificat de buna practica medicala – good standing)

Subsemnatul/a, posesor
al actului de identitate tip, serie, număr,
CNPvă 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 Braşov, 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 Braşov orice modificare a acestor date. Declar ca
sunt de acord să primesc notificări și/sau informații din partea Colegiului Medicilor Braşov.

Data

Semnătura

Către președintele Colegiului Medicilor Braşov