CERERE DE AVIZARE ANUALĂ A CERTIFICATULUI DE MEMBRU

Subsemnatul(a), (nume) ……..……., (iniţiala tatălui) ..……., (prenume)…….……cod numeric personal |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, act identitate ……..…….. serie ……..…. nr. ……..… nume anterior …….…..……. domiciliat(ă) în oraşul……..., str. …… nr. …….., bl. …….., sc……..., et……, ap. ……., sectorul (judeţul) ……..……., cod poştal |__|__|__|__|__|__|, tel. fix |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, mobil |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, **e-mail** ……., posesor(posesoare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr. …… din data ……..…….., având codul unic de identificare a medicului nr. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, vă rog să îmi aprobaţi avizarea anuală a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România pentru următoarele specialităţi şi/sau calificări profesionale:

1……..…….…….…….…….... 2. …….……..……

3. …….……..…...….. 4. …….……..……..……

Anexez prezentei cereri:

1. copia poliţei de asigurare civilă pentru greşeli în activitatea profesională care acoperă specialităţile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul;
2. documente doveditoare atât pentru completarea punctajului EMC, cât şi pentru modificările care au survenit de la comunicarea anterioară, pe care le declar conforme cu originalul;
3. copia adeverinţei/declaraţiei privind locul de muncă (în cazul în care ultima depusă la colegiul teritorial este mai veche de 5 ani).

Declar pe propria răspundere că:

☐ **Nu au intervenit modificări** în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor din Municipiul București şi în cazul în care vor interveni modificări le voi comunica într-un termen de maximum 30 de zile.

☐ Datele furnizate cu ocazia înscrierii/avizării anterioare s-au modificat după cum urmează:

…….

LOCUL/LOCURILE DE MUNCA ACTUAL(E) SUNT:

1……..…….…….…….…….... 2. …….……..……

3. ……..…….. 4. …….……..……..……

Doresc ca avizul anual să îmi fie transmis astfel:

1. ☐ ridicare personal/împuternicit;
2. ☐ prin servicii de curierat cu plata la destinatar;
3. ☐ semnat electronic (se descarcă din contul personal al medicului din PORTAL CMMB).

Pentru transmiterea avizului anual se va opta PENTRU O SINGURA VARIANTA din cele 3 menţionate la paragraful de mai sus.

Declar pe proprie răspundere că nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute de art. 388 si 389 din Legea 95/2006. În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate si mă oblig sa aduc la cunoștința Colegiului Medicilor din Municipiul București orice modificare a acestor date. Declar că sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea Colegiului Medicilor din Municipiul București.

Data …….. Semnătura ……..…….

Doamnei Președinte al Colegiului Medicilor din Municipiul București