

VIII. Declar pe propria răspunderecă:

1. datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale;
2. nu sunt înscris/ă ca membru al Colegiului Medicilor Dentiști din România (CMDR) în alt colegiu teritorial;
3. nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute la art. 489și 490 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, de natură a împiedica exercitarea profesiei de medic dentist;
4. unitatea principală în cadrul căreia voi exercita profesia este cea prevăzută la pct. VI din prezenta cerere;
5. am citit conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către CMDR/colegiul teritorialatașată prezentei cereri.

IX.Voi anunța în scris colegiul teritorial, în termen de maxim 30 de zile de la data apariției situației în cauză:

1. schimbarea domiciliului/reședinței sau a oricărei alte date de identificare mai sus-menționate, precum și modificarea situației profesionale, încălcarea acestei obligații constituind abatere disciplinară conform art. 37 din Codul deontologic al medicului dentist adoptat prin Decizia Adunării generale naționale nr. 15/2010;
2. existența unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de medic dentist;
3. exercitarea profesiei de medic dentist în altă țară ori stabilirea temporară sau definitivă în altă țară.

X.Solicit înscrierea în colegiul teritorial ca membru alColegiul Medicilor Dentiști din Româniași eliberarea certificatului de membruîn baza prevederilor Titlului XIII din Legea nr. 95/2006, republicată, și ale Deciziei Consiliului național nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare.

XI.Atașez prezentei cereri următoarele documenteⁱⁱ:

- 1. copie a actului de identitate(poate fi comunicată și pe adresa de poștă electronică a colegiului teritorial prevăzută în antet);
- 2. copie a titlului de calificare în profesia de medic dentist, precum și, după caz, a documentului care atestă echivalarea sau recunoașterea titlului;
- 3. certificat de cazier judiciar;
- 4. certificat de sănătate, care atestă starea de sănătate corespunzătoare exercitării profesiei de medic dentist, vizat inclusiv de medicul psihiatru;
- 5. copie a actului care atestă schimbarea numelui*;
- 6. copie a asigurării de răspundere civilă profesională;
- 7. dovada privind unitatea la care urmează să se exercite profesia de medic dentist (adeverință etc.)*;
- 8. dovada exercitării profesiei de medic dentist în ultimii 5 ani(adeverință pentru salariați/colaboratorimodelCMDTetc.)*.

*dacă este cazul.

Notă: Documentele depuse în copie vor purta mențiunea "conform cu originalul", numele în clar și semnătura solicitantului, cu excepția înscrisurilor prevăzute la pct. 2 și 5, care vor fi certificate de personalul colegiului teritorial desemnat în acest sens,dacă se prezintă originalul. În lipsa originalului, se acceptă copii legalizate.

SUNT DE ACORDⁱⁱⁱ / NU SUNT DE ACORD

cu comunicarea de către colegiul teritorial/CMDR (denumite colectiv și corpul profesional), prin poștă, e-mail,fax,telefon, sms etc., a informațiilor privind:

- formele de educație medicală continuă organizate la nivel teritorial/național;
- activitățile desfășurate, evenimentele organizate și serviciileprestate de corpul profesional;
- serviciileprestateși/sauproduselefurnizate de partenerii corpului profesional.

Data

Semnătură

Se completează de colegiul teritorial

1. Suntîndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru eliberarea certificatului de membru:DA/NU^{iv}

Data

Departament Avizări-acreditări

2. Certific faptul că solicitantul îndeplinește condițiile prevăzute de lege pentru eliberarea certificatului de membru.

Data

SemnăturăPreședinteși ștampila colegiului teritorial

Departament Secretariat

Nume, prenume solicitant _____

Data depunerii jurământului profesional

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Certificat de membru alocat seria

--	--	--	--

 nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Număr de înregistrare în Registrul unic al medicilor dentiști

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Taxă de înscriere în CMSR achitată cu OP/CHT/.....//.....

Taxă de eliberare certificat achitată cu OP/CHT/.....//.....

Data emiterii certificat de membru al CMSR...../.....//.....

Semnătură

ⁱ Se atașează, în copie, dovada reședinței.

ⁱⁱ Documentele redactate într-o limbă străină se depun însoțite de o traducere legalizată a acestora, cu excepția cărții de identitate și a titlului de calificare în profesia de medic dentist emise de un stat membru al Uniunii Europene, al Spațiului Economic European sau de Confederația Elvețiană, respectiv a extrasului certificatului de căsătorie emis conform prevederilor Convenției nr. 16 a Comisiei Internaționale de Stare Civilă referitoare la eliberarea extraselor multilingve ale actelor de stare civilă, semnată la Viena la 8 septembrie 1976 și la care România a aderat prin Legea nr. 65/2012, acestea urmând a purta mențiunea "conform cu originalul", numele în clar și semnătura solicitantului.

ⁱⁱⁱ În acest caz, consimțământul acordat poate fi retras în orice moment.

^{iv} Se anexează raportul motivat întocmit de Departamentul Avizări-acreditări privind respingerea solicitării.