

F3.2**Cerere**

de eliberare a avizului anual prevăzut la art. 492 din Legea nr. 95/2006 republicată (limită de vârstă)
și de avizare a certificatului de membru

I. Subsemnatul/Subsemnata**Nume****Nume anterior****Prenume**

Nr. de înregistrare în Registrul unic

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

Cod parafă

Certificat de membru

seria

nr.

II. Domiciliul sau, după caz, reședințaⁱ

(Localitatea)

(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

III. Date de contact

E-mail:

Telefon:

IV. Comunicare adrese/notificări/decizii Comisie de disciplină, Comisie de alertă, Birou executiv etc.**Solicit comunicarea adreselor/notificărilor/deciziilor etc. emise de colegiul teritorial/CMDR și la adresa:**
 sediului profesional (unității prevăzute la pct. V)
 de poștă electronică (e-mail)
 altă adresă*
***Altă adresă aleasă pentru comunicare**

(Localitatea)

(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

V. Unitatea principală în cadrul căreia se desfășoară activitatea profesională**Denumire:**

Cod fiscal/CUI

Nr. registru unic cabinete medicale

 Sediul/ Punct de lucru/ Altul (cabinet școlar/instituție cu rețea proprie etc.) | Localitatea

(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

Telefon:

Fax:

E-mail:

VI. Unitatea secundară în cadrul căreia se desfășoară activitatea profesională**Denumire:**

Cod fiscal/CUI

Nr. registru unic cabinete medicale

 Sediul/ Punct de lucru/ Altul (cabinet școlar/instituție cu rețea proprie etc.) | Localitatea

(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

Telefon:

Fax:

E-mail:

VII. Grad profesionalⁱⁱ medic specialist medic primar**VIII. Specialitateⁱⁱⁱ** (pentru absolvirea de studii de masterat/programe de studii complementare etc. se completează Anexa FAI)
 chirurgie orală și maxilo-facială
 chirurgie dento-alveolară
 ortodonție și ortopedie dento-facială

 endodonție
 parodontologie
 protetică dentară
 pedodonție
 stomatologie generală

IX. Modalitate de exercitare a profesiei

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cabinet individual	<input type="checkbox"/> cabinete grupate	<input type="checkbox"/> cabinete asociate	<input type="checkbox"/> societate medicală	<input type="checkbox"/> SRL	<input type="checkbox"/> alta (specificați)	<input type="checkbox"/> salariată
independentă		<input type="checkbox"/> titular		<input type="checkbox"/> asociat			

X. Informații suplimentare^{iv}

Titlu științific	<input type="checkbox"/> academician (membru titular al Academiei Române)	<input type="checkbox"/> membru corespondent al Academiei Române	<input type="checkbox"/> membru de onoare al Academiei Române
Funcție didactică	<input type="checkbox"/> asistent universitar	<input type="checkbox"/> profesor universitar	<input type="checkbox"/> șef de lucrări <input type="checkbox"/> conferențiar universitar (specificați)
Funcție de cercetare	<input type="checkbox"/> asistent cercetare	<input type="checkbox"/> cercetător științific gr. III	<input type="checkbox"/> cercetător științific gr. II <input type="checkbox"/> cercetător științific gr. I

XI. Declar pe propria răspundere că:

1. datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale, precum și că sunt de acord cu prelucrarea datelor personale cuprinse în prezenta cerere;

2. nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute la art. 489^v și 490 alin. (1)^{vi} din Legea nr. 95/2006, republicată, de natură a împiedica exercitarea profesiei de medic dentist;

3. unitatea principală în cadrul căreia exercit activitatea profesională este cea prevăzută la pct. V din prezenta cerere;

4. nu am întrerupt exercitarea profesiei/nu m-am aflat într-o situație de incompatibilitate prevăzută de lege^{vii} pe o perioadă mai mare de 5 ani^{viii};

5. am citit conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către CMDR/ colegiul teritorial atașată prezentei cereri.

XII. 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.

XIII. Solicit, în baza prevederilor Titlului XIII din Legea nr. 95/2006, republicată, și a Deciziei Consiliului național al CMDR nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare, eliberarea avizului anual prevăzut la art. 492 din Legea nr. 95/2006, republicată, și avizarea certificatului de membru^{ix}.**XIV. Atașez prezentei cereri următoarele documente:**

- certificatul de membru, în original;
- copie a actului de identitate (poate fi comunicată și pe adresa de poștă electronică a colegiului teritorial prevăzută în antet);
- dacă este cazul**, copie a actului prin care se atestă schimbarea numelui;
- copie a asigurării de răspundere profesională;
- certificat de sănătate, care să ateste starea de sănătate corespunzătoare exercitării profesiei de medic dentist, vizat inclusiv de medicul psihiatru;
- copie a documentelor prin care se atestă realizarea punctajului profesional minim anual privind educația medicală continuă - art. 7 alin. (5) din DCN nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare;
- adeverință privind locul de exercitare al profesiei^x;
- dovada domiciliului, respectiv a reședinței, după caz (dacă nu rezultă din actul de identitate);
- dacă este cazul**, dovada^{xi} neîntreruperii activității profesionale pe o perioadă mai mare de 5 ani.

Notă: Documentele depuse în copie vor purta mențiunea "conform cu originalul", numele în clar și semnătura solicitantului, cu excepția înscrisului prevăzut la pct. XIII lit. c), care va fi certificat pentru conformitate de personalul colegiului teritorial desemnat în acest sens, dacă se prezintă originalul. În lipsa originalului, se acceptă copie legalizată.

SUNT DE ACORD^{xii} / **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 serviciile prestate de corpul profesional;

- serviciile prestate și/sau produsele furnizate de partenerii corpului profesional.

Data

Semnătura

Se completează de colegiul teritorial

1. Verificare prealabilă^{xiii}

Sunt îndeplinite condițiile prevăzute de lege pentru avizarea certificatului de membru: DA/ NU^{xiv}

Data

Semnătură Persoană desemnată

2. Se aprobă avizarea certificatului de membru:

DA/ NU^{xv}

Data

Departamentul de avizări acreditări

ⁱSe atașează, în copie, dovada reședinței.

ⁱⁱSe atașează, în copie, ordinul de confirmare ori similar sau, după caz, atestatul de echivalare/recunoaștere.

ⁱⁱⁱIdem.

^{iv}În cazul titlului științific se atașează, în copie, dovada obținerii titlului de membru al Academiei Române, respectiv diploma de doctor în științe medicale, în cazul funcției didactice se atașează, în copie, adeverință eliberată de instituția de învățământ superior, iar în cazul funcției de cercetare se atașează, în copie, adeverință eliberată de unitatea publică/privată în cadrul căreia se desfășoară activitatea de cercetare.

^vArt. 489. - Este nedemn de a exercita profesia de medic dentist: a) medicul dentist care a fost condamnat definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurări legate de exercitarea profesiei de medic dentist și pentru care nu a intervenit reabilitarea; b) medicul dentist căruia i s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia, pe durata stabilită, prin hotărâre judecătorească sau disciplinară.

^{vi}Art. 490. - (1) Exercițarea profesiei de medic dentist este incompatibilă cu: a) calitatea de angajat sau colaborator al unităților de producție ori distribuție de produse farmaceutice, materiale sanitare sau materiale de tehnică dentară; b) exercitarea în calitate de medic dentist, în mod nemijlocit, de activități de producție, comerț sau prestări de servicii; c) orice ocupație de natură a aduce atingere demnității profesionale de medic dentist sau bunelor moravuri; d) starea de sănătate fizică sau psihică necorespunzătoare pentru exercitarea acestei profesii, atestată ca atare prin certificat medical eliberat de comisia de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă; e) folosirea cu bună știință a cunoștințelor medico-dentare în defavoarea sănătății pacientului sau în scop criminal.

(2) Excepție de la prevederile alin. (1) lit. b) fac activitățile de prevenție de medicină dentară.

^{vii}A se vedea prevederile art. 490 din Legea nr. 95/2006, republicată.

^{viii}În cazul în care medicul dentist solicitant a dobândit calitatea de membru al CMDR în urmă cu cel puțin 5 ani.

^{ix}Avizarea certificatului de membru se va efectua numai după prezentarea dovezii de achitare la zi a cotizației datorate Colegiului Medicilor Dentiști din România, conform prevederilor art. 7 alin. (6) din Decizia Consiliului național nr. 16/2013, cu modificările și completările ulterioare.

^xAdeverință emisă de unitatea în cadrul căreia se exercită profesia în cazul celor care își desfășoară activitatea în calitate de salariat sau colaborator (conform modelului aprobat de colegiul teritorial) - cu excepția solicitantului care desfășoară profesia într-o unitate publică care virează lunar colegiului teritorial cotizația datorată CMDR.

^{xi}Adeverință emisă de unitatea în cadrul căreia se exercită/s-a exercitat profesia (conform modelului aprobat de colegiul teritorial).

^{xii}În acest caz, consimțământul acordat poate fi retras în orice moment.

^{xiii}În cazul în care verificarea prealabilă a documentației se efectuează de către o persoană desemnată de biroul executiv.

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

^{xv}Se anexează raportul motivat întocmit de Departamentul Avizări-acreditări privind admiterea sau, după caz, respingerea solicitării, dacă acesta este diferit de cel al persoanei desemnate.

Am primit copie după acest document, completat de subsemnatul/subsemnata, originalul rămânând la dosarul personal aflat la Colegiul Medicilor Dentiști Suceava

Semnătura: