Nr. înregistrare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cerere**

pentru eliberarea certificatului profesional curent

|  |
| --- |
| **Subsemnatul/Subsemnata:** |
| **Nume** |  |
| **Prenume** |  |

|  |
| --- |
| e-mail ..........................................................................................................telefon……….…………………………… |
| solicit eliberarea unui certificat profesional curent (CPC) în următorul scop: |
|  ❑ întocmire dosar de înscriere la un examen de promovare profesională sau la un concurs de ocupare a unui post vacant de medic stomatolog; ❑ înființare cabinet stomatologic; |
|  ❑ exercitare profesie de medic stomatolog în afara României; ❑ alt scop .......................................................................................................................................................................................... |
| Destinatarul\* CPC: |  |
| Adresa completă: |  |

\*Instituția care solicită prezentarea CPC (se menționează în certificatul profesional curent, conform H.G. nr. 1.464/2006).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I.** Act de identitate: | ❑ CI / | ❑  |  | seria |  | nr. |  |

|  |
| --- |
| **II.** Cod numeric personal |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|  |
| **III.** Calitatea de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România (CMSR): |
| ❑ în prezent, sunt înscris/ă în CMS ..........................................................., cod unic de identificare profesională (nr. Registru unic al medicilor stomatologi) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|❑ am fost înscris/ă în CMS ..............................................................................., cod unic de identificare profesională (nr. Registru unic al medicilor stomatologi) |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **IV.** Sunt de acord cu menționarea în CPC a adresei de domiciliu/reședință, în absența locului de muncă principal: ❑ Da / ❑ Nu |

**Anexez la prezenta cerere:**

❑ copie a actului de identitate/pașaportului, certificată pentru conformitate cu originalul;

❑ dovada achitării taxei de eliberare a certificatului profesional curent;

❑ alte documente (dacă este cazul, în special în scopul actualizării informațiilor existente la nivelul colegiului teritorial) ............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  Data |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |

 ....................................................................

(semnătura)

Către Președintele Colegiului Medicilor Stomatologi Argeș