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