 Nr............ din .........................

 **CERERE
 de avizare anuală a certificatului de membru**

Subsemnatul(a), (numele) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , (inițiala tatălui) . . . . . . . . . ., (prenumele) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., CNP |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, act de identitate . . . . . . . seria . . . . . . . .nr. . . . . . . . . . . . . . . . ., data expirarii . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . nume anterior . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , domiciliat în orașul . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

str. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . nr. . . . . . . . . . ., bl. . . . . . ., sc. . . . . . . . , et. . . . . . . , ap. . . . . . . ., sectorul (județul) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., cod poștal|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, tel.|\_||\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, e-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din Romania nr. . . . . . . . . . . . . . . din data . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , având

CUIM nr. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, cod parafa . . . . . . . . . . . . , vă rog să îmi aprobați avizarea anuală a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România pentru următoarele specialități și/sau calificări profesionale:

**1.** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**2.** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Anexez prezentei cereri :

1.copia poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională care acoperă specialitățile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul;

2. documente doveditoare atât pentru completarea punctajului EMC, cât și pentru modificările care au survenit de la comunicarea anterioară, pe care le declar conforme cu originalul;

3. copia adeverinței/declarației privind locul de munca (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 Caraș-Severin și 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 muncă actual(e) este/sunt:

**1.** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**2.** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Sunt de acord ca numărul de telefon si adresa de e-mail să fie făcute publice , astfel :

|\_|telefon.................................................. |\_|e-mail .............................................................................

Doresc ca avizul anual sa imi fie transmis astfel:

[ ] ridicare personal / împuternicit;

[ ] prin servicii de curierat cu plata la destinatar;

[ ] prin mijloace electronice (se va indica obligatoriu adresa de e-mail pentru transmiterea avizului anual și numărul de telefon)

Pentru transmiterea avizului anual se va opta pentru o singură variantă din cele 3 mentionate la paragraful de mai sus.

 **In conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, imi exprim acordul fara echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal in scopul pentru care au fost solicitate si ma oblig sa aduc la cunostință Colegiului Medicilor Caraș-Severin orice modificare a acestor date.**

 Data Semnătură

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

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Caraș-Severin