

CERERE

Subsemnatul/a, _____,
 posesor al actului de identitate tip _____, serie _____, număr _____,
 CNP _____, vă rog să îmi eliberați certificatul profesional curent în
 scopul:

exercitării profesiei de medic în afara României și doresc emiterea documentului în limba
 _____;

întocmirii dosarului de înscriere la examenul de promovare profesională sau concurs de
 ocupare a unui post vacant de medic;

înființării de cabinet medical;

alt scop: _____.

Destinatarul (instituția pentru care se solicită certificatul profesional curent):

Denumirea: _____.

Adresa completă: _____.

Calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România:

în prezent, sunt membru al Colegiului Medicilor _____, având CUIM:

_____.

am fost în trecut membru al Colegiului Medicilor _____, având CUIM:

_____.

Sunt de acord cu menționarea adresei locului de muncă principal, iar, dacă acesta nu există,
 a adresei de domiciliu/reședință: _____.

Da Nu

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

1. dovada identității (copia certificate "conform cu originalul" a actului de identitate/pașaportului);

2. dovada achitării taxei de eliberare a certificatului profesional curent;

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

_____.

_____.

_____.

Date de contact:

- Telefon: _____.

- E-mail: _____.

Data:

Semnătura:

Către președintele Colegiului Medicilor **Dâmbovița**