CERERE
de avizare anuală a certificatului de membru

Subsemnatul(a), (nume) ...., (iniţiala tatălui) …....., (prenume) ....., cod numeric personal |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, act identitate …..... serie …….. nr. ....., nume anterior ....., domiciliat(ă) în oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ...., sc. ....., et. ....., ap. ....., sectorul (judeţul) ……..….....…, cod poştal |_|_|_|_|_|, tel. fix. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|, mobil |_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail ...., posesor(posesoare) al(a) **Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr**. ..... din data ....., având **codul unic de identificare a medicului nr**. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, vă rog să îmi aprobaţi avizarea anuală a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România pentru următoarele specialităţi şi/sau calificări profesionale:

1.....
2.....
3.....
4.....
Anexez prezentei cereri:

1.**copia poliţei de asigurare civilă pentru greşeli în activitatea profesională** care acoperă specialităţile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, cu valabilitate în perioada ....., certificată conform cu originalul;

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

3.**copia adeverinţei privind locul de muncă (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**/de la ultima cerere de avizare anuală în Colegiul Medicilor **Dâmbovița** şi 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) sunt:
1.....
2.....
3.....
4.....

Data
.....

Semnătura
.....

Domnului/Doamnei Preşedinte al Colegiului Medicilor DÂMBOVIȚA