

ANEXĂ la decizia nr. 5 din 12 februarie 2025 privind adoptarea tipizatului pentru notificarea depusă de medicii care nu sunt membri ai Colegiului Medicilor Dâmbovița

DOMNULE PREȘEDINTE

Subsemnatul,

Dr. Nume: _____ inițiala tatălui ____ prenume: _____
grad profesional _____ specialitate _____
dacă este cazul grad profesional _____ a doua specialitate _____
atestat(e) de studii complementare: _____

Cod parafă: _____

În temeiul art. 418 alin. (2) din legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, vă notific faptul că practic profesia de medic pe teritoriul județului Dâmbovița în specialitatea și competențele _____

în cabinetul medical de specialitate _____
al unității medicale _____
situat la adresa _____

Anexez la prezenta, în copii certificate pentru conform cu originalul, Certificat de membru al Colegiului Medicilor _____ și avizul anual în termen de valabilitate.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor Dâmbovița necesare notificării de practică pe teritoriul județului Dâmbovița, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declarații, că informațiile prezentate în această cerere și documentele anexate corespund realității.

Data completării:

Semnătură medic: