

În temeiul art. 534 și al art. 539¹ alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

**Consiliul național
al Colegiului Medicilor Stomatologi din România**

adoptă următoarea

Decizie

pentru modificarea și completarea Deciziei Consiliului național al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 16/CN/2019 privind întocmirea și eliberarea certificatului profesional curent

Articolul I

Decizia Consiliului național al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 16/CN/2019 privind întocmirea și eliberarea certificatului profesional curent publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 651 din 6 august 2019, se modifică și se completează după cum urmează:

1. Articolul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Articolul 1

Certificatul profesional curent reprezintă documentul eliberat la cererea medicului stomatolog ori a autorității competente omoloage dintr-un alt stat și cuprinde datele personale relevante cu privire la onorabilitate și moralitate, inclusiv la competența cu care medicul stomatolog își exercită sau și-a exercitat profesia pe durata deținerii calității de membru al Colegiului Medicilor Stomatologi din România, denumit în continuare CMSR.”

2. Articolul 2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Articolul 2

(1) Certificatul profesional curent este eliberat de colegiile teritoriale ale CMSR în care medicul stomatolog este sau a fost înscris, prin Departamentul de avizări, datele fiind valabile pentru perioada în care medicul stomatolog este sau a fost înscris în colegiul respectiv.

(2) În cazul în care medicul stomatolog a fost înscris ca membru al CMSR în două sau mai multe colegii teritoriale, acesta va solicita câte un certificat profesional curent de la fiecare dintre aceste colegii.

(3) Modelul certificatului profesional curent este prevăzut în anexa nr. 1.”

3. La articolul 4, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (2¹), având următorul cuprins:

„(2¹) Datele necesare în vederea eliberării certificatului profesional curent vor fi verificate și introduse în sistemul informatic național de colegiul teritorial.”

4. Articolul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

„Articolul 7

Certificatul profesional curent se redactează în limba română, iar atunci când este emis în vederea exercitării profesiei în afara granițelor României sau la solicitarea autorităților competente omoloage dintr-un stat membru al Uniunii Europene, dintr-un stat aparținând Spațiului Economic European sau din Confederația Elvețiană, se redactează și în una dintre limbile de circulație din Uniunea Europeană. În toate cazurile, certificatul profesional curent trebuie să cuprindă categoriile de informații conform modelului prevăzut la anexa nr. 1.

5. Anexele nr. 1 și 2 se modifică și se înlocuiesc cu anexele nr. 1 și 2, care fac parte integrantă din prezenta decizie.

Articolul III

Prezenta decizie se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Colegiului Medicilor Stomatologi din România
Florin Dan Cezar Lăzărescu

București, 28 martie 2024
Nr. ___/2CN

DRAFT

Anexa nr. 1
(Anexa nr. 1 la Decizia nr. 16/2CN/2019)
*se publică în facsimil

Antet colegiu teritorial

Seria _____ nr.

Data emiterii

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Certificat profesional curent

TITULAR

Nume

Prenume

Cetățenie

Cod numeric
personal

Sex

Data nașterii

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ZZ/LL/AAAA

Locul nașterii Localitate

Țară

Adresa
(loc de muncă
principal/domiciliu
sau reședință)

Cod unic de identificare
profesională
(nr. Registru unic al medicilor
stomatologi)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CALIFICARE PRIMARĂ ÎN PROFESIE

Instituția de învățământ superior absolvită

Denumire, localitate

Diploma de licență

Seria |___| nr. |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___|

Denumire calificare _____

Data obținerii calificării

|___| |___| || |___| |___| || |___| |___| |___| |___|

ZZ/LL/AAAA

Titlul oficial de calificare* _____

(*După 1.1.2007, se menționează titlul oficial de calificare prevăzut de Directiva 2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind recunoașterea calificărilor profesionale)

FORME DE ÎNVĂȚĂMÂNT POSTUNIVERSITAR

Specialitate*

1. _____

Grad profesional _____

certificat serie |___| nr. |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| din data de

|___| |___| || |___| |___| || |___| |___| |___| |___|

2. _____

Grad profesional _____

certificat serie |___| nr. |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| din data de

|___| |___| || |___| |___| || |___| |___| |___| |___|

3. _____

Grad profesional _____

certificat serie |___| nr. |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| din data de

|___| |___| || |___| |___| || |___| |___| |___| |___|

(*După 1.1.2007, se menționează titlul oficial de calificare al specialității prevăzut de Directiva 2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind recunoașterea calificărilor profesionale)

Atestate de studii complementare

1. _____

certificat nr. |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| din data de

|___| |___| || |___| |___| || |___| |___| |___| |___|

2. _____

certificat nr. |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| din data de

|___| |___| || |___| |___| || |___| |___| |___| |___|

3. _____

certificat nr. |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| din data de

|___| |___| || |___| |___| || |___| |___| |___| |___|

4. _____

certificat nr. _____ din data de

DATE PRIVIND DREPTUL DE EXERCITARE A PROFESIEI

Restricții în exercitarea profesiei

- Fără restricții profesionale în prezent
- Cu restricții profesionale
- Suspendare

Motiv _____

Durăță _____

- Interdicție temporară

Motiv _____

Durăță _____

- Interdicție definitivă

Motiv _____

Durăță _____

CALITATEA DE MEMBRU AL COLEGIULUI MEDICILOR STOMATOLOGI DIN ROMÂNIA

Intervalul de timp în care medicul stomatolog a deținut/deține calitatea de membru

DESTINATAR

Denumire _____

Adresă _____

SCOPUL ELIBERĂRII CERTIFICATULUI PROFESIONAL CURENT

- întocmire dosar de înscriere la examenul de promovare profesională sau la concursul de ocupare a unui post vacant de medic stomatolog;
- înființare cabinet stomatologic;
- exercitare profesie de medic stomatolog în afara României;
- în alt scop: _____

VALABILITATE

Prezentul certificat este valabil 3 luni de la data emiterii.

Președinte,

L.S.

(Nume și prenume, semnătură)

șampilă colegiu teritorial

Anexa nr. 2
 (Anexa nr. 2 la Decizia nr. 16/2CN/2019)
 *se publică în facsimil

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