Colegiul Medicilor Stomatologi
ROMÂNIA

Str. Lainici nr. 9, Sector 1, București Tel: 0725.351.765, 0737.666.308 secretariat@cmsr.ro cmsr.ro

Nr. înregistrare _____

CERERE
PRIVIND ELIBERAREA AVIZULUI
privind exercitarea activităţilor profesionale stomatologice cu CARACTER TEMPORAR pe teritoriul României

I. Subsemnatul/Subsemnata:			
I.1. Cetăţenie:			
☐ soţ/ soţie al/a unui cetăţean român, precum şi descendenţii şi ascendenţii în linie directă aflaţi în întreţinerea unui cetăţean român; ☐ cetăţean al unui stat membru al UE, ai unui stat aparţinând SEE sau ai Confederaţiei Elveţiene ☐ membru de familie ai unui cetăţean al unui stat membru al UE, ai unui stat aparţinând SEE sau ai Confederaţiei Elveţiene; ☐ beneficiar al statutului de rezident permanent în România; ☐ beneficiar al statutului de rezident pe termen lung acordat de un stat membru al UE, ai unui stat aparţinând SEE sau ai Confederaţiei Elveţiene; ☐ beneficiar al unei forme de protecţie în România, acordată în conformitate cu prevederile Legii nr. 122/2006 privind azilul în România.			
I.2. posesor al/posesoare a:			
☐cărţii de identitate	☐ permisului de şedere temporară	☐ permisului de şedere pe termen lung	☐ paşaportului
seria:	nr.:	valabil până la data de: ____/____/_____	
I.3. absolvent/(-ă) al/ a instituţiei de învăţământ superior:			
cu sediul în localitatea:		; ţara:	
promoţia:	durată studii:	nr. ani:	nr. ore:
I.4. cu drept de liberă practică al profesiei în: (ţara)			
II. deţinând următoarele titluri oficiale de calificare profesională:			
II.1.			
Durată studii: nr. ani:	nr. ore:	/ Data obţinerii:	
Autoritate competentă emitentă:			
II.2.			
Durată studii: nr. ani:	nr. ore:	/ Data obţinerii:	
Autoritate competentă emitentă:			
II.3.			
Durată studii: nr. ani:	nr. ore:	/ Data obţinerii:	
Autoritate competentă emitentă:			

II.4. ☐ atestate de studii complementare:		
II.4.1.		
durată studii:	/ Data obținerii:	
Autoritate competentă emitentă:		
II.4.2.		
durată studii:	/ Data obținerii:	
Autoritate competentă emitentă:		
III. declar[1] pe propria răspundere că dețin: ☐asigurare de răspundere profesională valabilă pe teritoriul României ☐alt mijloc de protecție personală/colectivă privind responsabilitatea profesională		
serie:	nr.:	valabil/ă până la: ____/____/_____
data emiterii:	emitent:	
IV. și solicit eliberarea avizului pentru exercitarea activităților profesionale stomatologice cu **caracter temporar** pe teritoriul României, după cum urmează:		
A.1. Perioada: ____/____/_____ - ____/____/_____	**A.2.** durata:	
A.2. frecvența[2]:	**A.4.** continuitate:	
B. a activităților profesionale stomatologice, în **specialitatea/ specialitățile:**		
B. 1.		
B.2.		
B.3.		
în **atestatul/ atestatele de studii complementare**:		
B.4.		
B.5.		
C. în următoarele **unități stomatologice autorizate**:		
C.1.	localitate	județ/sector
C.2.	localitate	județ/sector
C.3.	localitate	județ/sector
D. Date de contact:		
e-mail:	telefon:	
adresă de corespondență:		
E. Anexez prezentei documentele prevăzute la art. 6 alin. (1) și la art. 7 alin. (1) din Decizia Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 16/2CN/2024:		
☐ copia documentului de cetățenie, aflat în termen de valabilitate, certificat pentru conformitate cu originalul de către solicitant; ☐ copia certificatului de căsătorie sau orice alt document relevant în caz de schimbare a numelui, în situația în care pe documente apar nume diferite, certificat pentru conformitate cu originalul de către solicitant; ☐ copia legalizată a titlului/titlurilor de calificare în profesia de medic stomatolog, precum și, după caz, a documentului care atestă echivalarea sau recunoașterea titlului;		

☐ copia legalizată a dovezilor privind pregătirea profesională postuniversitară (competențe, atestate de studii complementare, masterat), dacă este cazul;
☐ certificatul profesional de status curent[3];
☐ dovada exercitării profesiei de medic stomatolog în ultimii 5 ani, dacă este cazul (certificat prin care se atestă de statul de stabilire experiența profesională), sau dovada atestării competenței profesionale;
☐ dovada cunoașterii limbii române sau certificatul de competență lingvistică emis de o entitate autorizată;
☐ document privind sănătatea fizică și psihică emis de statul membru de origine/proveniență[4];
☐ certificat de cazier judiciar[5];
☐ copia asigurării de răspundere civilă profesională sau alt mijloc de protecție personală/colectivă privind responsabilitatea profesională valabilă pe teritoriul României, însoțită de traducerea legalizată în limba română, în cazul în care este redactată în limbă străină;
☐ dovada achitării taxei de emitere a avizului, în cuantum de 1.500 lei, achitată în contul CMSR nr. RO54 BREL 0700 0268 5RO1 1001 deschis la Libra Internet Bank - Sucursala Ștefan cel Mare;
☐ procură notarială sau împuternicire avocațială (pentru depunere/ridicare documente).

F. Declar pe proprie răspundere că toate datele furnizate sunt corecte și complete și că am luat cunoștință despre:

a) informarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către CMSR;
b) faptul că, în vederea obținerii unui nou aviz pentru practică temporară a profesiei, înainte de prestarea serviciilor, trebuie să fac dovada efectuării în anul anterior a numărului de credite de educație medicală continuă stabilit prin art. 12 alin. 4 din Decizia CMSR nr. 16/2CN/2024, respectiv 40 de credite de EMC;
c) prevederile Codului deontologic aplicabil medicilor stomatologi, pe care mă oblig să le respect;
d) faptul că voi răspunde potrivit legii în situația încălcării dispozițiilor, legilor și regulamentelor profesiei;
e) faptul că furnizarea de orice date false conduce la respingerea prezentei solicitări sau la anularea avizului emis în baza acesteia și că o astfel de furnizare poate duce la declanșarea procedurilor judiciare împotriva mea, în conformitate cu legea română.

Nume și prenume solicitant _____

Semătura _____

Data ____/_____/_____

[1] Declarația prealabilă scrisă este obligatorie, se înaintează Colegiului Medicilor Stomatologi din România (CMSR) atunci când solicitantul se află la prima deplasare în România sau în cazul în care în situația acestuia intervin schimbări materiale atestate de documente și se reînnoiește o dată pe an, dacă medicul stomatolog intenționează să furnizeze cu caracter temporar, în cursul anului respectiv, servicii stomatologice în România.
[2] Zilnic, săptămânal, lunar, trimestrial, semestrial, anual sau altă frecvență, după caz.
[3] Dovada prin care autoritățile competente ale statelor în care medicul stomatolog este stabilit atestă că, la data eliberării acestui document, medicul stomatolog solicitant este stabilit legal pe teritoriul lor, deține titlurile și calificările necesare exercitării profesiei de medic stomatolog, nu a suferit suspendări temporare sau definitive ale activităților profesionale stomatologice ori condamnări penale rămase definitive. Documentul are o valabilitate de 3 luni de la data emiterii
[4] Documentul are o valabilitate de 3 luni de la data emiterii;
[5] Documentul are o valabilitate de 6 luni de la data emiterii.