



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

**pentru evaluarea dosarului privind dreptul de liberă practică
pe teritoriul României și a abilităților lingvistice necesare
desfășurării activităților profesionale în România**

I. Subsemnatul/Subsemnata:			
I.1. Cetățenie:			
☐ soț/ soție al/a unui cetățean român, precum și descendenții și ascendenții în linie directă aflați în întreținerea unui cetățean român;			
☐ cetățean al unui stat membru al UE, ai unui stat aparținând SEE sau ai Confederației Elvețiene			
☐ membru de familie ai unui cetățean al unui stat membru al UE, ai unui stat aparținând SEE sau ai Confederației Elvețiene;			
☐ 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 aparținând SEE sau ai Confederației Elvețiene;			
☐ beneficiar al unei forme de protecție în România, acordată în conformitate cu prevederile Legii nr. 122/2006 privind azilul în România.			
I.2. posesor al/posesoare a:			
☐ cărții de identitate	☐ permisului de ședere temporară	☐ permisului de ședere pe termen lung	☐ pașaportului
seria: _____ nr.: _____		valabil până la data de: ____/____/____	
I.3. absolvent/(-ă) al/ a instituției de învățământ superior:			
cu sediul în localitatea: _____ ; țara: _____			
promoția: _____		durată studii: _____ nr. ani: _____ nr. ore: _____	
III. Date de contact și adresă de corespondență:			
e-mail: _____		telefon: _____	
Adresă de corespondență:			
Localitate _____		Sector/ Județ: _____	
Str. _____		Nr. _____ Bloc. _____ Apartament: _____	
Cod poștal: _____			
IV. Solicit evaluarea dosarului privind dreptul de liberă practică pe teritoriul României și a abilităților lingvistice necesare desfășurării activităților profesionale în România în conformitate cu prevederile art. 5081 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare (Legea nr. 95/2006, republicată) și ale Deciziei Consiliului național nr. 24/2CN/2019 privind eliberarea certificatului de membru al CMSR, cu modificările și completările ulterioare.			



Colegiul Medicilor Stomatologi

R O M Â N I A

Str. Lainici nr. 9, Sector 1, București

Tel: 0725.351.765, 0737.666.308

secretariat@cmsr.ro

cmsr.ro

V. Precizez că intenționez să mă înscriu ca membru al CMSR în Colegiul Medicilor Stomatologi _____.

E. Anexez prezentei:

- ☐ 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 curent¹;
- ☐ 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/proveniență²;
- ☐ certificat de cazier judiciar³;
- ☐ 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 plății sumei de 2.500 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 furnizarea de orice date false conduce la respingerea prezentei solicitări 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 ____/____/____

Notă:

În situația în care este necesară examinarea cunoștințelor lingvistice necesare desfășurării activităților profesionale în România prin verificarea abilităților lingvistice de către Comisia pentru avizări (CAVZ), după comunicarea acestui aspect, în vederea programării examinării se comunică dovada plății sumei de 1.500 lei conform art. 1 lit. e) din Decizia Consiliului național nr. 1/2CN/2021 raportat la art. 548 din Legea nr. 95/2006.

¹ 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.