



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 activităților profesionale stomatologice
ÎN SCOP DIDACTIC pe teritoriul României

I. Subsemnatul/Subsemnata:			
I.1. Cetățenie:			
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:
I.4. cu drept de liberă practică al profesiei în:			(țara)
II. deținând următoarele titluri oficiale de calificare profesională:			
II.1.			
Durată studii: nr. ani:		nr. ore:	/ Data obținerii:
Autoritate competentă emitentă:			
II.2.			
Durată studii: nr. ani:		nr. ore:	/ Data obținerii:
Autoritate competentă emitentă:			
II.3.			
Durată studii: nr. ani:		nr. ore:	/ Data obținerii:
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:	



cmsr.ro



Colegiul Medicilor Stomatologi
ROMÂNIA

Str. Lainici nr. 9, Sector 1, București

Tel: 0725.351.765, 0737.666.308

secretariat@cmsr.ro

cmsr.ro

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).

G. 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) prevederile Codului deontologic aplicabil medicilor stomatologi, pe care mă oblig să le respect;
- c) faptul că voi răspunde potrivit legii în situația încălcării dispozițiilor, legilor și regulamentelor profesiei;
- d) faptul că furnizarea de orice date false conduce la respingerea prezentei solicitări sau la anularea avizului emis în baza acestuia 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 Durata maximă a avizului în scop didactic este de 10 zile.

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 Cu excepția cazului când activitatea se va desfășura în cadrul unei echipe mixte cu medici stomatologi români.