**CCMRF - CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN COLEGIUL MEDICILOR DIN JUDEȚUL MUREȘ ȘI ELIBERAREA CERTIFICATULUI DE MEMBRU AL COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA**

Subsemnatul(a), **(nume)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(iniţiala tatălui)** \_\_\_\_\_**(prenume)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_solicit înscrierea în Colegiul Medicilor din Județul Mureș şi eliberarea Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România, în conformitate cu datele personale completate mai jos şi cu actele doveditoare anexate cererii.

**Date personale**

     CNP: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| sau data naşterii |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|, act de identitate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_seria \_\_\_\_nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data expirării |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|, permis de şedere **(dacă este cazul)** seria \_\_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nume anterior **(dacă este cazul)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_statul de origine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cetăţenia **1.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cetăţenia **2.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Titlul oficial de calificare în medicină:**

     Diplomă/adeverință **(serie/număr/data eliberării)** |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|, eliberată de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

promoţia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- recunoscută **(dacă este cazul)** prin certificatul de recunoaştere având seria/nr. |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|, Cod parafă |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Pregătirea profesională**

     n Prima specialitate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin O.M.S. nr. |\_|\_|\_| din data de |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|  
     n A doua specialitate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ grad [ ] rezident [ ] specialist [ ] primar confirmată prin O.M.S. nr. |\_|\_|\_| din data de |\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

 Atestate de studii complementare: (dacă este cazul)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Titluri deţinute în domeniul medicinei umane**:

[ ] grad universitar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la Universitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
[ ] doctor în medicină;

[ ] master în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
[ ] cercetător ştiinţific gradul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
[ ] formator în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresă de domiciliu**

     Str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bl\_\_\_\_., sc.\_\_\_\_ et. \_\_\_\_ap. \_\_\_\_\_, cod poştal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|, localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ satul (dacă este cazul) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sectorul (judeţul)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. fix |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, mobil |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresa de corespondenţă (dacă este diferită de cea de domiciliu)**

    Str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bl\_\_\_\_., sc.\_\_\_\_ et. \_\_\_\_ap. \_\_\_\_\_, cod poştal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|, localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ satul (dacă este cazul) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sectorul(judeţul)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Loc/Locuri de muncă **(Se vor menţiona toate locurile de muncă unde solicitantul desfăşoară în prezent, activitate medicală, atât pe teritoriul României, cât şi pe teritoriul altor state.)**

    **1.** unitatea medicală \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_adresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
     **2.**  unitatea medicală \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_adresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Anexez următoarele documente:

1. copie de pe documentul de identitate;
2. copie legalizată a diplomei de absolvire a facultăţii;
3. dovada finalizării pregătirii în rezidențiat;
4. cazierul judiciar sau certificatul de probitate profesională eliberat de statul membru de origine sau de provenienţă;
5. certificatul de sănătate tip A5, care să includă şi viza medicului psihiatru;
6. declaraţia pe propria răspundere privind inexistenţa unei situaţii de incompatibilitate sau nedemnitate prevăzute de lege, al cărui model poate fi descărcat aici;
7. copia certificatului de căsătorie, dacă este cazul;
8. copia dovezii de achitare a taxei de înscriere.|[**g)** certificatul de sănătate tip A5, cu viza medicului psihiatru; *(text original în vigoare până la 1 noiembrie 2017)* ]|

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor din Județul Mureș inclusiv a CNP-ului, necesare procesării prezentei cereri (înscriere în Colegiul Medicilor din România, emitere şi eliberare certificat de membru, luarea în evidența Colegiului Medicilor din Județul Mureș ca membru al Colegiului Medicilor din România), în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor) şi mă oblig să aduc la cunoştinţa Colegiului Medicilor din Județul Mureș orice modificare a acestor date.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, cu privire la falsul în declaraţii, că informaţiile prezentate în această cerere şi documentele anexate corespund realităţii.

Tg-Mureș, la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

        **Documentul se va tipări faţă - verso.**