



## Colegiul Medicilor Stomatologi din România

Str. Lainici nr. 9, sector 1, București, cod poștal 012251

Telefon: 0737.666.308 • 0725.351.015 • fax: 0314.334.586 • E-mail: secretariat@cmdr.ro • www.cmdr.ro

Cod fiscal: 16962265 • cont: RO54 BREL 0700 0268 5RO1 1001 • Libra Internet Bank, Sucursala Ștefan cel Mare

# F\_TEMPO R

Nr. înregistrare \_\_\_\_\_

## Cerere

privind eliberarea unui nou aviz privind exercitarea activității de medicină dentară  
cu caracter temporar/ocazional pe teritoriul României

<b>I. Subsemnatul/Subsemnata:</b>	
<b>I.1.</b> cetățenie:	
<b>I.2.</b> posesor al/posesoare a avizului de practică <input type="checkbox"/> temporară / <input type="checkbox"/> ocazională	
înregistrat la Colegiul Medicilor Stomatologi sub nr. _____ valabil până la data de: ___/___/_____	
<b>II.</b> declar <sup>1</sup> pe propria răspundere că dețin: <input type="checkbox"/> asigurare de răspundere profesională <input type="checkbox"/> alt mijloc de protecție personală/colectivă privind responsabilitatea profesională	
serie: _____	nr.: _____ valabil/ă până la: ___/___/_____
data emiterii: _____	emitent: _____
<b>III.</b> și solicit eliberarea unui nou aviz pentru exercitarea activității de medicină dentară cu caracter temporar/ocazional pe teritoriul României, după cum urmează:	
<b>A.1.</b> perioada: ___/___/_____ - ___/___/_____	<b>A.2.</b> durata <sup>2</sup> : _____
<b>A.2.</b> frecvența <sup>3</sup> : _____	<b>A.4.</b> continuitate: _____
<b>B.</b> în următoarele locații:	
<b>B.1.</b>	localitate _____ județ/sector _____
<b>B.2.</b>	localitate _____ județ/sector _____
<b>B.3.</b>	localitate _____ județ/sector _____
<b>C.</b> a următoarelor:	
<input type="checkbox"/> activități de medicină dentară, în specialitatea/programul de studii complementare (dacă este cazul): _____	
<b>C.1.</b> privind desfășurarea de:	
<input type="checkbox"/> activități cu caracter umanitar	<input type="checkbox"/> activități de voluntariat
<input type="checkbox"/> cursuri cu demonstrație practică	<input type="checkbox"/> manopere de prevenție, diagnostic și tratament ce se doresc a fi împărtășite
<input type="checkbox"/> alte activități profesionale	
<b>C.2.</b> descriere pe scurt a activităților pentru care se solicită avizul de practică temporară/ocazională: _____ _____ _____	
<b>C.3.</b> Natura activității <input type="checkbox"/> temporară <input type="checkbox"/> ocazională	
<input type="checkbox"/> Activitatea de medicină dentară se va desfășura în cadrul unei echipe mixte cu medici stomatologi români <sup>4</sup>	
<b>D.</b> Date de contact:	
<b>D.1. Medic stomatolog solicitant</b>	
e-mail: _____	telefon: _____
adresă de corespondență: _____	

<sup>1</sup> Declarația prealabilă scrisă este obligatorie, se înaintează Colegiului Medicilor Stomatologi din România (CMSR) atunci 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 sau ocazional, în cursul anului respectiv, servicii de medicină dentară în România.

<sup>2</sup> Ore, zile, săptămâni, luni, după caz.

<sup>3</sup> Zilnic, săptămânal, lunar, trimestrial, semestrial, anual sau altă frecvență, după caz.

<sup>4</sup> Se bifează numai dacă activitatea se va desfășura în cadrul unei echipe mixte cu medici stomatologi români.

**D.2. Persoană împuternicită (dacă este cazul)**

e-mail:

telefon:

**E. Anexez prezentei următoarele documente<sup>5</sup>:**

1. Copie a documentelor prin care se atestă realizarea punctajului profesional minim privind educația medicală continuă în cuantum de cel puțin 20 de credite de EMC în anul anterior, conform art. 3 alin. (2<sup>1</sup>) din Decizia CN nr. 25/2CN/2019, cu modificările și completările ulterioare
2. Copie a diplomelor, certificatelor sau altor titluri prevăzute de lege ori de normele Uniunii Europene pentru prestarea activităților pentru care se solicită avizul de practică temporară/ocazională, dacă sunt modificări față de data obținerii avizului anterior de practică temporară sau ocazională
3. Dovada achitării taxei în valoare de 1.500 lei
4. Procură notarială sau împuternicire avocațială (pentru depunere/ridicare documente)

**F. Declar că, după știința mea, toate datele furnizate sunt corecte și complete și că am luat cunoștință de:**

- 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 Decizia CN nr. 25/2CN/2019, respectiv 20 de credite de EMC;
- 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 acestora și că o astfel de furnizare poate duce la declanșarea procedurilor judiciare împotriva mea, în conformitate cu legea română.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nume și prenume .....

(semnătură)



<sup>5</sup> Documentele redactate într-o limbă străină se depun însoțite de o traducere legalizată a acestora, apostilate sau supralegalizate în condițiile legii, cu excepția documentului prevăzut la pct. E.1. Lista statelor pentru care se solicită apostilarea sau supralegalizarea poate fi consultată la adresa: <https://cnred.edu.ro/ro/lista-stator-pentru-care-se-solicita-apostilarea-sau-supralegalizarea>. Lista statelor semnatare ale Convenției de la Haga poate fi consultată la adresa <https://www.hcch.net/en/instruments/conventions/status-table/?cid=41>.