



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

Nr. înregistrare _____

Cerere

privind eliberarea avizului privind exercitarea activității de medicină dentară
cu caracter temporar/ocazional pe teritoriul României

I. Subsemnatul/Subsemnata:			
I.1. cetățenie:			
I.2. posesor al/posesoare a:			
<input type="checkbox"/> cărții de identitate	<input type="checkbox"/> cărții de rezidență	<input type="checkbox"/> permisului de ședere pe termen lung	<input type="checkbox"/> pașaportului
seria:	nr.:	valabil până la data de: __/__/____	
I.3. absolvent al 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 calificări profesionale:			
II.1.			
durată studii:	nr. ani:	nr. ore:	
II.2.			
durată studii:	nr. ani:	nr. ore:	
II.3.			
durată studii:	nr. ani:	nr. ore:	
II.4. <input type="checkbox"/> atestate de studii complementare:			
II.4.1.			
durată studii:		localitate	țară
II.4.2.			
durată studii:		localitate	țară
III. declar¹ 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:	
IV. și solicit eliberarea avizului pentru exercitarea activității de medicină dentară cu caracter temporar/ocazional pe teritoriul României, după cum urmează:			
A.1. perioada: __/__/____ - __/__/____		A.2. durata²:	
A.2. frecvența³:		A.4. continuitate:	
B. în următoarele locații:			
B.1.		localitate	judet/sector
B.2.		localitate	judet/sector
B.3.		localitate	judet/sector

¹ 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.

² Ore, zile, săptămâni, luni, după caz.

³ Zilnic, săptămânal, lunar, trimestrial, semestrial, anual sau altă frecvență, după caz.

C. a următoarelor:	
<input type="checkbox"/> activități de medicină dentară,	
în specialitatea/programul de studii complementare (dacă este cazul):	
C.1. 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	
C.2. descriere pe scurt a activităților pentru care se solicită avizul de practică temporară/ocazională:	
C.3. 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 ⁴	
D. Date de contact:	
D.1. Medic stomatolog solicitant	
e-mail:	telefon:
adresă de corespondență:	
D.2. Persoană împuternicită (dacă este cazul)	
e-mail:	telefon:
E. Anexez prezentei documentele⁵ prevăzute la art. 3 alin. (1) din Decizia Consiliului național nr. 25/2CN/2019:	
<input type="checkbox"/> 1. Copia documentului care atestă cetățenia, în termen de valabilitate ⁶	
<input type="checkbox"/> 2. Declarație privind cunoașterea limbii române	
<input type="checkbox"/> 2.1. Documente privind abilitățile lingvistice profesionale deținute (numai dacă activitatea de medicină dentară nu se desfășoară în echipă mixtă cu medici stomatologi români și nu are caracter ocazional)	
<input type="checkbox"/> 3. Dovadă ⁷ prin care autoritățile competente ale statului membru al Uniunii Europene, ale unui stat aparținând Spațiului Economic European sau ale Confederației Elvețiene atestă că:	
- sunt stabilit legal pe teritoriul acestuia/acesteia,	
- dețin titlurile și calificările necesare exercitării profesiei,	
- nu am suferit suspendări temporare sau definitive de la exercitarea profesiei ori condamnări penale rămase definitive (Certificate of Good Standing sau echivalent)	
<input type="checkbox"/> 4. 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	
<input type="checkbox"/> 5. Dovada achitării taxei în valoare de 1.500 lei	
<input type="checkbox"/> 6. 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) 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.	

Data ___/___/_____

Nume și prenume

(semnătură)

⁴ Se bifează numai dacă activitatea se va desfășura în cadrul unei echipe mixte cu medici stomatologi români;⁵ 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>.⁶ Copia se certifică pentru conformitate cu originalul de către solicitant.⁷ Se eliberează de autoritatea competentă din statul de stabilire și are termen de valabilitate 3 luni de la data emiterii.