

Notă

Textul reprezintă o reproducere neoficială a actului normativ și are caracter informativ.
Pentru varianta oficială vă rugăm să consultați Monitorul Oficial.

Decizie nr. 16/2016

pentru modificarea anexelor nr. 1 și 2 la Decizia Consiliului național al Colegiului Medicilor Dentiști din România nr. 4/2007 privind eliberarea Certificatului de status profesional curent

Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 1063 din 29.12.2016

În temeiul art. 534 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

Consiliul național al Colegiului Medicilor Dentiști din România adoptă următoarea decizie:

Art. I. - Anexele nr. 1 și 2 la Decizia Consiliului național al Colegiului Medicilor Dentiști din România nr. 4/2007 privind eliberarea Certificatului de status profesional curent, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 113 din 14 februarie 2007, se modifică și se înlocuiesc cu anexele nr. 1 și 2, care fac parte integrantă din prezenta decizie.

Art. II. - Prezenta decizie se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Colegiului Medicilor Dentiști din România,
Ecaterina IONESCU

București, 19 noiembrie 2016.

Nr. 16.

Antet colegiu teritorial

Nr. înregistrare

Data emiterii |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

**Certificat
de status profesional curent****Destinatar:**

Denumire

Sediu:

Solicitant**Nume****Prenume**

Cetățenia

Cod numeric personal |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sex F | M

Nr. de identificare profesională (nr. Registru unic al medicilor dentiști) |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data nașterii: Ziua |__|_| Luna |__|_| Anul |__|_|_|_|_|

Locul nașterii: Localitatea Țara

Calificare primară în profesie**Instituția de învățământ superior absolvită**

Denumire

Localitate

Diploma de licență

Data obținerii |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

Seria |__|_| nr. |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

Denumire calificare:

Titlu oficial de calificare*:

(*Conform Directivei 2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind recunoașterea calificărilor profesionale)

Forme de învățământ postuniversitar

Grad profesional

Atestate de studii complementare

Specialitate

- Titlu oficial de calificare*

(*Conform Directivei 2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind recunoașterea calificărilor profesionale)

Adresă**Drept de exercitare a profesiei** Fără restricții profesionale în prezent Cu restricții profesionale

Durată

Suspendare

Motive

Interdicție
temporară

Motive

Interdicție definitivă

Motive

Valabilitate

Prezentul certificat este valabil 3 luni de la data emiterii.

Notă: O copie a certificatului de status profesional curent se va păstra la dosarul profesional al medicului dentist.

Președinte

Secretar

Ștampilă colegiu teritorial

Nr. înregistrare _____

Cerere

pentru eliberarea Certificatului de status profesional curent

Subsemnatul/Subsemnata:

Nume _____

Prenume _____

înscriș(ă) în Colegiul Medicilor Dentiști _____

nr. Registru unic al medicilor dentiști _____ telefon _____

solicit eliberarea unui certificat de status profesional curent (CSPC) în scopul:

- avizării cabinetului de medicină dentară;
- întocmirii dosarului de înscriere la un examen de promovare profesională;
- întocmirii dosarului de înscriere la un concurs de ocupare a unui post vacant;
- exercitării profesiei în altă țară.

Destinatarul* CSPC: _____

Sediu: _____

*Instituția care solicită prezentarea CSPC (se menționează în certificatul de status profesional curent, conform H.G. nr. 1.464/2006).

I. Cetățenia _____

(inclusiv dubla cetățenie și, după caz, detalii cu privire la modificările care privesc acest aspect)

II. Act de identitate CI _____ seria _____ nr. _____

III. Cod numeric personal _____

IV. Locul nașterii: _____ data nașterii _____

V. Diplomă de licență: seria _____ nr. _____ data obținerii _____

emisă de _____ localitatea _____

VI. Titluri oficiale de calificare profesională: _____

VII. Atestate de studii complementare: _____

VIII. Loc de muncă: _____

Adresa _____

IX. Domiciliu/Reședință: _____

Sunt de acord cu menționarea în CSPC a adresei de domiciliu, în absența locului de muncă. Da / Nu

Anexez la prezenta cerere:

- copie act de identitate;
- copie titluri oficiale de calificare profesională deținute (diplomă de licență, certificat de medic dentist specialist etc.);
- copie dovadă absolvire forme de învățământ postuniversitar.

Data _____

Semnătura