

## CERERE

**în vederea eliberării avizului pentru exercitarea activității medicale  
cu caracter temporar/ocazional pe teritoriul României  
- medici cetățeni ai unui stat terț -**

**Subsemnatul:** \_\_\_\_\_

**Cetățenie 1:** \_\_\_\_\_ **Cetățenie 2:** \_\_\_\_\_

**Document de identitate** (*pasaport/carte identitate*): \_\_\_\_\_ **serie:** \_\_\_\_\_ **număr:** \_\_\_\_\_

**Facultatea absolvită:** \_\_\_\_\_ **Oraș:** \_\_\_\_\_

**Anul absolvirii facultății:** \_\_\_\_\_ **Numărul anilor de pregătire:** \_\_\_\_\_

**Număr ore de pregătire:** \_\_\_\_\_ **Țara în care practică în prezent:** \_\_\_\_\_

**Țara în care a obținut specializarea:** \_\_\_\_\_ **Oraș:** \_\_\_\_\_

**Specialitatea 1:** \_\_\_\_\_

Durata pregătirii în ani și ore \_\_\_\_\_

**Specialitatea 2:** \_\_\_\_\_

Durata pregătirii în ani și ore \_\_\_\_\_

**Atestat de studii complementare 1:** \_\_\_\_\_

Durata și locul pregătirii: \_\_\_\_\_

**Atestat de studii complementare 2:** \_\_\_\_\_

Durata și locul pregătirii: \_\_\_\_\_

**Poliță malpraxis** **Serie:** \_\_\_\_\_ **Număr:** \_\_\_\_\_

**Data emiterii:** \_\_\_\_\_ **Perioada de valabilitate:** \_\_\_\_\_

**Certificat Good Standing** eliberat de: \_\_\_\_\_

**Număr** \_\_\_\_\_ **Data eliberării:** \_\_\_\_\_

**Date contact** medic solicitant- **Email:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Date contact persoana** legal împuternicită - **Nume, prenume:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_ **Număr de telefon:** \_\_\_\_\_

**solicit eliberarea avizului necesar exercitării efective a activității medicale cu caracter temporar/ocazional  
pe teritoriul României în perioada (ZZ/LL/AAAA):** \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / 20\_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / 20\_\_ \_\_ , în

**specialitatea 1:** \_\_\_\_\_

**specialitatea 2 :** \_\_\_\_\_

**atestat studii complementare 1:** \_\_\_\_\_

**atestat studii complementare 2:** \_\_\_\_\_

*(Se completează specialitatea/ățile în care solicitantul dorește să profeseze, fiind necesară depunerea documentelor care atestă formarea profesională pentru fiecare specialitate în care dorește să profeseze)*

în cadrul (locul de desfășurare a activității medicale): \_\_\_\_\_

Orașul \_\_\_\_\_, Județul \_\_\_\_\_ ca:

- 1) activitate remunerată (contract de sponsorizare/angajare/colaborare) \_\_\_\_\_
- a) prelegere/demonstrație didactică \_\_\_\_\_
- b) intervențional \_\_\_\_\_

2) umanitar  - descrieți: \_\_\_\_\_

3) voluntariat  - descrieți: \_\_\_\_\_

Declar pe proprie răspundere ca:

- 1) Voi practica în cadrul unor echipe medicale mixte cu medici români
- 2) Depun un atestat de limbă română

Anexez prezentei cereri următoarele documente în ordinea de mai jos

- 1. Documentul de cetățenie** (carte de identitate sau pașaport aflat în termen de valabilitate)- în limba în care a fost emis - în copie legalizată și tradus legalizat în limba română în original.
- 2. Documentele care atestă formarea profesională și/sau alte titluri de calificare relevante (conf. Deciziei nr.9/2014 a CMR, modificată prin Decizia 1/2015 a CMR)** (inclusiv diploma de licență) - în limba în care a fost emis - în copie legalizată și traduse legalizat în limba română în original.
- 3. Polița de asigurare profesională/ protecție personală ori colectivă. Polița trebuie să fie valabilă pe teritoriul României în specialitatea/specialitățile pentru care se solicită eliberarea avizului- în limba în care a fost emisă - tradusă legalizat în limba română în original.**
- 4. Dovada de onorabilitate și moralitate profesională a medicului** (echivalent Certificate of Good Standing) prestator emisă de autoritatea competentă a statului în care acesta exercită profesia. (documentul va fi eliberat de autoritatea profesională competentă din statul de origine și se află în termen de valabilitate de 3 luni de la data emiterii)- în limba în care a fost emis - în copie legalizată și tradus legalizat în limba română în original.
- 5. Atestat** privind abilitățile lingvistice profesionale (se depune în cazul în care activitatea medicală nu se desfășoară în cadrul unor echipe mixte cu medici români).
- 6. Invitația** unei unități medicale românești ori a unei instituții de învățământ medical.
- 7. Decizia conducerii unității medicale** prin care se nominalizează medicul sub supravegherea și responsabilitatea căruia se va desfășura activitatea medicală pentru care se solicită avizul.
- 8. Dovada achitării** echivalentului în lei a sumei de 50 Euro reprezentând contravaloarea eliberării avizului. (În cazul susținerii probei de aptitudini, contravaloarea eliberării avizului este echivalentul în lei al sumei de 150 euro. Pentru acțiunile umanitare și de voluntariat nu se percepe această taxă).
- 9. Procură notarială** (în situația în care medicul solicitant este reprezentat în relația cu Colegiul Medicilor din România de o persoană legal împuternicită)

Dosarul depus conține: \_\_\_\_\_ file.

## **IMPORTANT !**

- **Documentele vor fi depuse cu cel puțin 30 zile înainte desfășurării activității medicale pentru care se aplică, în ordinea de mai sus și numerotate filă cu filă, fără omisiuni!**
- **Este obligatorie completarea tuturor câmpurilor cu informațiile specific solicitate!**

Data  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_  
Z Z L L A A

Semnătura medicului solicitant  
(sau a împuternicitului legal al acestuia)