

CERERE

**în vederea eliberării avizului pentru exercitarea activității medicale
cu caracter temporar/ocazional pe teritoriul României
-medici aparținând țărilor din Uniunea Europeană
Spațiul Economic European și Confederația Elvețiană-**

Subsemnatul: _____

Cetățenie 1: _____ **Cetățenie 2:** _____

Document de identitate: Carte de identitate/Pașaport, 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):

1. Orașul _____, Județul _____
2. Orașul _____, Județul _____
3. 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 - a) în copie legalizată și apostilată în original și b) 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.Documentul (echivalent Certificate of Good Standing) care atestă că sunt stabilit legal pe teritoriul statului de origine, dețin titlurile și calificările necesare exercitării profesiei de medic și nu am suferit suspendări temporare sau definitive din activități medicale sau condamnări penale definitive. (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 - a) în copie legalizată și apostilată în original și b) tradus legalizat în limba română în original.

5.Certificat sau 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.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).

7.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 inaintea 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 ____
ZZ LL AA

Semnătura medicului solicitant
(sau a împuternicitului legal al acestuia)