**CERERE  
pentru exercitarea activităţii medicale cu caracter temporar sau ocazional pe teritoriul României pentru medicii din Uniunea Europeană, Spaţiul Economic European şi Confederaţia Elveţiană**

Subsemnatul …………………………………………………, cetăţenia………………………., document de identitate: carte de identitate/paşaport, serie . . . . . . . . . . număr . . . . . . . . . ., facultatea absolvită …………………………………………………… oraşul ……………………………, anul absolvirii facultăţii ………. numărul anilor de pregătire …….., număr ore de pregătire ….., ţara în care practică în present ………, ţara în care a obţinut specializarea ………………………, oraşul ………………………., specialitatea 1: ………………………., durata pregătirii în ani şi ore ………………………., specialitatea 2: …………………………………………, durata pregătirii în ani şi ore ………………., atestat de studii complementare ………………………… durata şi locul pregătirii …………………………………… .

declar pe propria răspundere că deţin asigurare de răspundere profesională, conform:

Poliţă malpraxis: serie …… număr ………….. emitent ………………………………. data emiterii …………… perioada de valabilitate ………………………….

Certificat Good Standing, eliberat de: …………………………. număr … data eliberării ……….

Date contact medic solicitant - e-mail: ………………………. telefon ………………….. adresa de corespondenţă …………………………………………………………………….

Date contact persoana legal împuternicită - Nume, prenume ……………………………………

E-mail ………………………., Telefon …………………………………………..

Solicit eliberarea avizului necesar exercitării efective a activităţii medicale cu caracter temporar/ocazional pe teritoriul României în perioada:

(ZZ/LL/AAAA): ……………/ ……/20…… - ………….../……………./20……,

în specialitatea 1: …………………, specialitatea 2: ……………………………

atestat studii complementare: . . . . . . . . . .

Exercit activitatea medicală cu caracter □ temporar □ ocazional

(Se completează specialitatea/specialităţile în care solicitantul doreşte să profeseze, fiind necesară depunerea documentelor care atestă formarea profesională pentru fiecare specialitate în care doreşte să profeseze.)

în cadrul (locul de desfăşurare a activităţii medicale):

1. Unitatea sanitară . . . . . . . . . ., oraşul . . . . . . . . . ., judeţul . . . . . . . . . .

2. Unitatea sanitară . . . . . . . . . ., oraşul . . . . . . . . . ., judeţul . . . . . . . . . .

3. Unitatea sanitară . . . . . . . . . ., oraşul . . . . . . . . . ., judeţul . . . . . . . . . .

ca:

• activitate remunerată (contract de sponsorizare/angajare/colaborare)

a) prelegere/demonstraţie didactică □

b) interventional □

• umanitar: □

descrieţi: . . . . . . . . . .

• voluntariat □

descrieţi: . . . . . . . . . .

Declar pe propria răspundere că:

1) voi practica în cadrul unor echipe medicale mixte cu medici români □

2) depun un atestat de limbă română sau declaraţia privind cunoaşterea limbii române □

Anexez prezentei cereri următoarele documente în ordinea de mai jos:

1. documentul de cetăţenie (carte de identitate sau paşaport aflat în termen de valabilitate) - în copie, certificat pentru conformitate cu originalul de către solicitant;

2. copie după certificatul de căsătorie sau orice alt document relevant în caz de schimbare a numelui, în situaţia în care pe documente apar nume diferite, certificate pentru conformitate cu originalul de către solicitant;

3. documentele care atestă formarea profesională şi/sau alte titluri de calificare relevante, conform Deciziei Consiliului naţional al Colegiului Medicilor din România nr. 23/2023 privind eliberarea Avizului de practică temporară/ocazională a profesiei pentru medicii străini din Uniunea Europeană, Spaţiul Economic European şi Confederaţia Elveţiană (diplomă de licenţă, diplomă specialitate) - în limba în care a fost emis - a) în copie certificată pentru conformitate cu originalul de către solicitant; şi b) traducerea autorizată în limba română;

4. poliţa de asigurare profesională/protecţie personală ori colectivă. Poliţa trebuie să fie valabilă pe teritoriul României în specialitatea/specialităţile pentru care se solicită eliberarea avizului - în limba în care a fost emisă - a) în copie certificată pentru conformitate cu originalul de către solicitant; şi b) traducerea autorizată în limba română;

5. documentul (echivalent Certificate of Good Standing) care atestă că sunt stabilit legal pe teritoriul statului de origine, deţin titlurile şi calificările necesare exercitării profesiei de medic şi nu am suferit suspendări temporare sau definitive din activităţi medicale sau condamnări penale definitive (documentul va fi eliberat de autoritatea profesională competentă din statul de origine şi se află în termen de valabilitate de 3 luni de la data emiterii) - în limba în care a fost emis - a) în copie certificată pentru conformitate cu originalul de către solicitant; şi b) traducerea legalizată în limba română;

6. declaraţie privind cunoaşterea limbii române sau după caz, certificat/atestat privind abilităţile lingvistice profesionale (se depune în cazul în care activitaţea medicală nu se desfăşoară în cadrul unor echipe mixte cu medici români);

7. dovada achitării sumei de 1.200 lei, reprezentând contravaloarea analizei dosarului (În cazul susţinerii probei de aptitudini, contravaloarea eliberării avizului este echivalentul în lei al sumei de 1.000 euro. Pentru acţiunile umanitare şi de voluntariat nu se percep aceste taxe.);

8. procură notarială (în situaţia în care medicul solicitant este reprezentat în relaţia cu Colegiul Medicilor din România de o persoană legal împuternicită).

Declar că am luat cunoştinţă de:

- informarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor din România;

- voi răspunde potrivit legii în situaţia încălcării dispoziţiilor, legilor şi regulamentelor profesiei;

- faptul că îmi asum responsabilitatea autenticităţii documentelor depuse.

Dosarul depus conţine . . . . . . . . . . nr. file.

IMPORTANT!

Documentele vor fi depuse cu cel puţin 30 de zile înaintea desfăşurării activităţii medicale pentru care se aplică, în ordinea de mai sus şi numerotate filă cu filă, fără omisiuni!

Este obligatorie completarea tuturor câmpurilor cu informaţiile specific solicitate!

Data . . . . . . . . . ./ . . . . . . . . . ./20 . . . . . . . . . .

Semnătura medicului solicitant  
(sau a împuternicitului legal al acestuia)