**CERERE
în vederea eliberării avizului pentru exercitarea activităţii medicale în scop didactic şi ocazional pe teritoriul României pentru medici cetăţeni ai unui stat terţ**

Subsemnatul: . . . . . . . . . .

Cetăţenie: . . . . . . . . . .

Document de identitate (paşaport/carte de identitate): . . . . . . . . . . seria: . . . . . . . . . . numărul: . . . . . . . . . .

Facultatea absolvită: . . . . . . . . . .

Oraşul: . . . . . . . . . .

Anul absolvirii facultăţii: . . . . . . . . . . Numărul anilor de pregătire: . . . . . . . . . .

Numărul orelor de pregătire: . . . . . . . . . . Ţara în care practică în prezent: . . . . . . . . . .

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 seria: . . . . . . . . . . numărul: . . . . . . . . . .

Data emiterii: . . . . . . . . . . Perioada de valabilitate . . . . . . . . . .

Certificat Good Standing eliberat de: . . . . . . . . . .

Numărul . . . . . . . . . . Data eliberării: . . . . . . . . . .

Datele de contact ale medicului solicitant - E-mail: . . . . . . . . . . Telefon: . . . . . . . . . .

Datele de contact ale persoanei legal împuternicite - Numele, prenumele: . . . . . . . . . .

E-mail: . . . . . . . . . . Telefon: . . . . . . . . . .

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

 (ZZ/LL/AAAA): . . . . . . . . . ./ . . . . . . . . . ./ 20 . . . . . . . . . . - . . . . . . . . . ./ . . . . . . . . . ./20 . . . . . . . . . ., în specialitatea . . . . . . . . . .,

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

(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): . . . . . . . . . . .

oraşul . . . . . . . . . ., judeţul . . . . . . . . . . în scop didactic şi ocazional (Se va completa cu una dintre următoarele sintagme: de instruire a personalului medical roman/de informare/de schimb de experienţă) ca:

1. activitate remunerată (contract de sponsorizare/angajare/colaborare) . . . . . . . . . . □

a) prelegere/demonstraţie didactică . . . . . . . . . . □

b) intervenţional . . . . . . . . . . □

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 □

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 limba în care a fost emis - în copie legalizată şi apostilată, tradus legalizat în limba română, în original;

2. documentele care atestă formarea profesională şi/sau alte titluri de calificare relevante (inclusiv diploma de licenţă) - în limba în care au fost emise - în copie legalizată şi apostilată, traduse legalizat în limba română, în original;

3. 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 - în copie legalizată şi apostilată, tradusă legalizat în limba română, în original;

4. dovada de onorabilitate şi moralitate profesională a medicului prestator (echivalent Certificate of Good Standing) emisă de autoritatea competentă a statului în care acesta exercită profesia. (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 - în copie legalizată şi apostilată, tradusă legalizat în limba română, în original;

5. atestat privind abilităţile lingvistice profesionale (Se depune în cazul în care activitatea medicală nu se desfăşoară în cadrul unor echipe mixte cu medici români);

6. invitaţia unei unităţi medicale româneşti ori a unei instituţii de învăţământ medical;

7. decizia conducerii unităţii medicale prin care se nominalizează medicul sub supravegherea şi responsabilitatea căruia se va desfăşura activitatea medicală pentru care se solicită avizul;

8. dovada achitării echivalentului în lei al sumei de 1.200 lei, reprezentând contravaloarea eliberării avizului. Pentru acţiunile umanitare şi de voluntariat nu se percep aceste taxe;

9. 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;

- dacă nu voi completa documentaţia conform solicitării Colegiul Medicilor din România în termenul stabilit, cererea va fi respinsă.

Dosarul depus conţine . . . . . . . . . . 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 . . . . . . . . . ./ . . . . . . . . . ./ . . . . . . . . . .

Semnătura