**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 unităţii medicale . . . . . . . . . .

din oraşul . . . . . . . . . ., judeţul . . . . . . . . . ., în scop didactic şi ocazional.

Se va completa:

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 documentele conform [art. 2](http://lege5.ro/App/Document/ge3dqobuhe3tk/decizia-nr-13-2025-privind-eliberarea-avizului-de-practica-necesar-exercitarii-activitatii-medicale-in-scop-didactic-si-ocazional-pe-teritoriul-romaniei-pentru-medici-cetateni-ai-unui-stat-tert?pid=626664938&d=2025-07-03#p-626664938) din Decizia Consiliului naţional al Colegiului Medicilor din România nr. 13/2025 privind eliberarea avizului de practică necesar exercitării activităţii medicale în scop didactic şi ocazional pe teritoriul României pentru medici cetăţeni ai unui stat terţ.

Avizul urmează să îmi fie comunicat . . . . . . . . . . (Se va completa după caz: adresă de e-mail/va fi descărcat din aplicaţia Colegiului Medicilor din România/va fi ridicat de la Colegiul Medicilor din România personal sau prin împuternicit sub semnătură olografă.)

Declar că am luat cunoştinţă de:

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

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

- faptul că îmi asum responsabilitatea autenticităţii documentelor depuse;

- faptul că dacă nu voi completa documentaţia conform solicitării Colegiului 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. . . . . . . . . ./ . . . . . . . . . ./20 . . . . . . . . . .Semnătura medicului solicitant(sau a împuternicitului legal al acestuia) |