

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Dentiști Suceava

Cerere

pentru

- ✓ -actualizare date
- ✓ -completare date certificat de membru
- ✓ -înscriere date de contact, modificate

privind exercitarea profesiei

Subsemnatul(a), numele,
inițiala tatălui, prenumele,
CNP, tel., e-mail:
.....@.....,

vă rog să îmi aprobați actualizarea următoarelor date:

- schimbarea numelui (prin căsătorie/divorț) ☐
- schimbarea domiciliului ☐
- schimbarea cărții de indentitate ☐
- modificarea datelor de corespondență: nr. de telefon, adresă e-mail ☐
- modificarea datelor privind locul/locurile de muncă ☐
- modificarea gradului profesional (obținerea titlului de medic specialist sau primar) ☐
- obținerea și a altor specialități ☐
- obținerea de studii complementare (competențe, supraspecializări, etc) ☐
- obținerea/modificarea titlului didactic ☐
- obținerea titlului de Doctor în științe medicale/Master ☐
- eliberare / preschimbare - certificat de membru nou: ☐ Motivație:

.....

Datele furnizate cu ocazia înscrierii/notificărilor ulterioare
s-au modificat după cum urmează, înscrise în Formularul F4.0_FAI:

F4.0_FAI**Cerere**

de actualizare/înscriere date de contact/privind exercitarea profesiei

Subsemnatul/Subsemnata**Nume****Nume anterior****Prenume**

Nr. de înregistrare în Registrul unic

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cod parafă

Solicit, în baza prevederilor Codului Deontologic al medicului dentist, actualizarea/înscrierea în dosarul profesional/Registrul unic a următoarelor informații:☐ **I. Nume****Nume****Prenume**

Document în baza căruia a intervenit schimbarea numelui

serie

nr.

Emis de

la data de

☐ **II. Act de identitate**☐ carte de identitate☐ pașaport☐ certificat de înregistrare☐ permis de ședere

seria nr.

eliberat/ă de

la data de

valabil până la data de

☐ **III. Domiciliul sau, după caz, reședințaⁱ**

(Localitatea)

(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

☐ **IV. Date de contact**

Telefon:

E-mail:

☐ **V. Comunicare adrese/notificări/decizii Birou executiv, Comisie de disciplină, Comisie de alertă etc.****Solicit comunicarea adreselor/notificărilor/deciziilor etc. emise de colegiul teritorial/CMDR și la adresa:**☐ sediului profesional (unității prevăzute la pct. VI)☐ de poștă electronică (e-mail)☐ altă adresă****Altă adresă aleasă pentru comunicare**

(Localitatea)

(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

☐ **VI. Unitatea principală în cadrul căreia se desfășoară activitatea profesională****Denumire:**

Cod fiscal/CUI

Nr. registru unic cabinete medicale

☐ Sediul/☐ Punct de lucru/☐ Altul (cabinet școlar/instituție cu rețea proprie etc.) | Localitatea

(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)

nr.

bl.

sc.

et.

ap.

sector/județ

cod poștal

Telefon:

Fax:

E-mail:

VII. Unitatea secundară în cadrul căreia se desfășoară activitatea profesională**Denumire:**

Cod fiscal/CUI		Nr. registru unic cabinete medicale		
☐ Sediul / ☐ Punct de lucru / ☐ Altul (cabinet școlar/instituție cu rețea proprie etc.) Localitatea				
(B-dul/Str./Aleea/Intrarea etc.)				
nr.	bl.	sc.	et.	ap.
sector/județ			cod poștal	
Telefon:		Fax:	E-mail:	

☐ **VIII. Grad profesionalⁱⁱ**

☐ medic rezident
 ☐ medic specialist
 ☐ medic primar

☐ **IX. Specialitateⁱⁱⁱ** (pentru absolvirea de studii de masterat/programe de studii complementare etc. se completează Anexa FAI)

☐ chirurgie orală și maxilo-facială
 ☐ chirurgie dento-alveolară
 ☐ ortodonție și ortopedie dento-facială

☐ endodonție
 ☐ parodontologie
 ☐ protetică dentară
 ☐ pedodonție
 ☐ stomatologie generală

☐ **X. Modalitate de exercitare a profesiei**

☐ independentă	☐ cabinet individual	☐ cabinete grupate	☐ cabinete asociate	☐ societate medicală	☐ SRL	☐ alta	☐ salariată
		☐ titular		☐ asociat		(specificați)	

☐ **XI. Informații suplimentare^{iv}**

☐ doctor în științe medicale

☐ **Titlu științific**
☐ academician (membru titular al Academiei Române)
 ☐ membru corespondent al Academiei Române
 ☐ membru de onoare al Academiei Române

☐ **Funcție didactică**
☐ asistent universitar
 ☐ profesor universitar
 ☐ șef de lucrări
 ☐ conferențiar universitar (specificați)

☐ **Funcție de cercetare**
☐ asistent cercetare
 ☐ cercetător științific
 ☐ cercetător științific gr. III
 ☐ cercetător științific gr. II
 ☐ cercetător științific gr. I

XII. Declar pe propria răspundere că:

1. datele mai sus-menționate corespund realității și sunt actuale;
2. nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute la art. 489^v și 490 alin. (1)^{vi} din Legea nr. 95/2006, republicată, de natură a împiedica exercitarea profesiei de medic dentist;
3. nu am întrerupt exercitarea profesiei/nu m-am aflat într-o situație de incompatibilitate prevăzută de lege^{vii} pe o perioadă mai mare de 5 ani^{viii};
4. am citit conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către CMDR/ colegiul teritorial atașată prezentei cereri.

XII. Voi anunța în scris colegiul teritorial, în termen de maxim 30 de zile de la data apariției situației în cauză:

1. schimbarea domiciliului/reședinței sau a oricărei alte date de identificare mai sus-menționate, precum și modificarea situației profesionale, încălcarea acestei obligații constituind abatere disciplinară conform art. 37 din Codul deontologic al medicului dentist adoptat prin Decizia Adunării generale naționale nr. 15/2010;
2. existența unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de medic dentist;
3. exercitarea profesiei de medic dentist în altă țară ori stabilirea temporară sau definitivă în altă țară.

Notă: Documentele depuse în copie vor purta mențiunea "conform cu originalul", numele în clar și semnătura solicitantului, cu excepția copiilor legalizate.

☐ **SUNT DE ACORD^{ix}** / ☐ **NU SUNT DE ACORD**

cu comunicarea de către colegiul teritorial/CMDR (denumite colectiv și corpul profesional), prin poștă, e-mail, fax, telefon, sms etc., a informațiilor privind:

- formele de educație medicală continuă organizate la nivel teritorial/național;
- activitățile desfășurate, evenimentele organizate și serviciile prestate de corpul profesional;
- serviciile prestate și/sau produsele furnizate de partenerii corpului profesional.

Data

Semnătură

Se completează de colegiul teritorial

1. Sunt îndeplinite condițiile pentru actualizarea/înscrierea informațiilor ☐ DA / ☐ NU^x

Data

Departament Avizări-acreditări/Persoana desemnată

2. Se dispune actualizarea/înscrierea informațiilor comunicate de d-ra/d-na/d-nul

în dosarul profesional/Registrul unic

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Semnătură Președinte și ștampila colegiului teritorial

ⁱSe atașează, în copie, dovada reședinței.

ⁱⁱSe atașează, în copie, ordinul de confirmare ori similar sau, după caz, atestatul de echivalare/recunoaștere.

ⁱⁱⁱIdem.

^{iv}În cazul titlului științific se atașează, în copie, dovada obținerii titlului de membru al Academiei Române, respectiv diploma de doctor în științe medicale, în cazul funcției didactice se atașează, în copie, adeverință eliberată de instituția de învățământ superior, iar în cazul funcției de cercetare se atașează, în copie, adeverință eliberată de unitatea publică/privată în cadrul căreia se desfășoară activitatea de cercetare.

^vArt. 489. - Este nedemn de a exercita profesia de medic dentist: a) medicul dentist care a fost condamnat definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurări legate de exercitarea profesiei de medic dentist și pentru care nu a intervenit reabilitarea; b) medicul dentist căruia i s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia, pe durata stabilită, prin hotărâre judecătorească sau disciplinară.

^{vi}Art. 490. - (1) Exercitarea profesiei de medic dentist este incompatibilă cu: a) calitatea de angajat sau colaborator al unităților de producție ori distribuție de produse farmaceutice, materiale sanitare sau materiale de tehnică dentară; b) exercitarea în calitate de medic dentist, în mod nemijlocit, de activități de producție, comerț sau prestări de servicii; c) orice ocupație de natură a aduce atingere demnității profesionale de medic dentist sau bunelor moravuri; d) starea de sănătate fizică sau psihică necorespunzătoare pentru exercitarea acestei profesii, atestată ca atare prin certificat medical eliberat de comisia de expertiză medicală și recuperare a capacității de muncă; e) folosirea cu bună știință a cunoștințelor medico-dentare în defavoarea sănătății pacientului sau în scop criminal.

(2) Excepție de la prevederile alin. (1) lit. b) fac activitățile de prevenție de medicină dentară.

^{vii}A se vedea prevederile art. 490 din Legea nr. 95/2006, republicată.

^{viii}În cazul în care medicul dentist solicitant a dobândit calitatea de membru al CMDR în urmă cu cel puțin 5 ani.

^{ix}În acest caz, consimțământul acordat poate fi retras în orice moment.

*Se anexează raportul motivat întocmit de Departamentul Avizări-acreditări privind respingerea solicitării.

Am primit copie după acest document, completat de subsemnatul/subsemnata, originalul rămânând la dosarul personal aflat la Colegiul Medicilor Dentiști Suceava

Semnătura:

☐ I. Studii complementare/competențe/supraspecializări

(se atașează atestatul/certificatul în copie certificată conform cu originalul, numele în clar și semnătura)

- ☐ Acupunctură
- ☐ Apiterapie-fitoterapie-aromaterapie
- ☐ Homeopatie
- ☐ Homeopatie clinică și etică medicală
- ☐ Implantologie
- ☐ Managementul medical al dezastrelor
- ☐ Managementul cabinetului medico-dentar și promovarea sănătății
- ☐ Managementul serviciilor de sănătate
- ☐ Pedodonție
- ☐ Terapia durerii
- ☐ Termografie
- ☐ Utilizarea terapeutică și chirurgicală a LASER-ilor în medicina dentară
- ☐ Homeopatie clinică și etică medicală
- ☐ Inhalosedare prin amestec inhalator cu protoxid de azot și oxigen, în medicina dentară
- ☐ Radio-diagnostic maxilo-dentar
- ☐ Radiologie dentară
- ☐ _____ (precizați)
- ☐ _____ (precizați)
- ☐ _____ (precizați)

II. ☐ Master (se atașează diploma de absolvire a studiilor în copie certificată conform cu originalul, numele în clar și semnătura)

- ☐ _____ ☐ _____ ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Subsemnatul/Subsemnata _____
certific faptul că datele mai sus menționate sunt corecte.

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

Semnătura

Se completează de colegiul teritorial

Se dispune actualizarea/înscrierea informațiilor în dosarul profesional/Registrul unic:

☐ DA/☐ NU^x

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

Departament Avizări-acreditări/Persoana desemnată

^l Se anexează referatul motivat de respingere.