**CĂTRE COLEGIUL MEDICILOR ALBA**

**Alba Iulia, str. Lucian Blaga nr. 8, jud. Alba**

**CERERE DE AVIZARE ANUALĂ A CERTIFICATULUI DE MEMBRU**

**- MEDIC PENSIONAR -**

Subsemnatul(a), (nume) ...................................................................., (iniţiala tatălui) .........., (prenume) ...................................................................................................................., cod numeric personal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, act identitate .......... serie ........ nr. .........., nume anterior ..........................., domiciliat(ă) în localitatea .............................................................., str. .......................................................... nr. ........, bl. ......, sc. ......., et. ......, ap. ......., sectorul (judeţul) .........................., cod poştal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|, tel. fix |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, mobil |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, e-mail ............................................................................., posesor(posesoare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ................. din data .................., având codul unic de identificare a medicului nr. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, vă rog să îmi aprobaţi avizarea anuală a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România pentru următoarele specialităţi şi/sau calificări profesionale:

1. ........................................................

2. ........................................................

3. ........................................................

Anexez prezentei cereri:

- copia poliţei de asigurare civilă pentru greşeli în activitatea profesională care acoperă specialităţile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul;

- certificatul de sănătate tip A5 care conţine şi viza de la medicul psihiatru, în original;

- dovada efectuării a minimum 40 de ore de EMC în ultimele 12 luni;

- documente doveditoare pentru modificările care au survenit de la comunicarea anterioară, pe care le declar conforme cu originalul;

- copia adeverinţei/declaraţiei privind locul de muncă (în cazul în care ultima depusă la colegiul teritorial este mai veche de 5 ani).

Declar pe propria răspundere că:

|\_| Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în formularul de înscriere în Colegiul Medicilor ALBA şi în cazul în care vor interveni modificări le voi comunica într-un termen de maximum 30 de zile.

|\_| Datele furnizate cu ocazia înscrierii/avizării anterioare s-au modificat după cum urmează: ...........................................................................................................................................................................

Locul/Locurile de muncă actual(e) sunt:

1...........

2...........

 Alte observații

 .........................................................................................................................................................

**DATA SEMNĂTURA**