

Nr. înregistrare: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Cerere de eliberare a certificatului profesional de status curent

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_, posesor al actului de identitate tip \_\_\_\_\_, serie \_\_\_\_\_, număr \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, vă rog să îmi eliberați certificatul profesional curent în scopul:

- exercitării profesiei de medic în afara României și doresc emiterea documentului în limba \_\_\_\_\_;
- întocmirii dosarului de înscriere la examenul de promovare profesională;
- întocmirii dosarului de înscriere la concurs pentru ocuparea unui post vacant de medic;
- înființării de cabinet medical;
- alt scop: \_\_\_\_\_

Destinatarul (instituția pentru care se solicită certificatul profesional curent):

Denumirea: \_\_\_\_\_

Adresa completă: \_\_\_\_\_

Calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România:

- în prezent, sunt membru al Colegiului Medicilor \_\_\_\_\_, având CUIM \_\_\_\_\_
- am fost în trecut membru al Colegiului Medicilor \_\_\_\_\_, având CUIM \_\_\_\_\_

Sunt de acord cu menționarea adresei locului de muncă principal, iar dacă acesta nu există, a adresei de domiciliu/reședință:

Da  Nu

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

1. dovada identității (copia certificată „conform cu originalul” a actului de identitate/pașaportului);
2. dovada achitării taxei de eliberare a certificatului profesional curent;
3. alte documente (dacă este cazul, în special în scopul actualizării informațiilor existente la nivelul colegiului teritorial):

Date de contact:

- Telefon: \_\_\_\_\_

- E-mail: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

Către Președintele Colegiului Medicilor \_\_\_\_\_