

CERERE

[illegible]

1.
2.
3.
4.

Anexez prezentei cereri:

1. copia poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională care acoperă specialitățile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul;
2. documente doveditoare atât pentru completarea punctajului EMC, cât și pentru modificările care au survenit de la comunicarea anterioară, pe care le declar conforme cu originalul;
3. copia adeverinței/declarației 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 și 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.
3.
4.

Sunt / Nu sunt medic pensionar

Sunt de acord ca numărul de telefon și adresa de e-mail să fie făcute publice, astfel:

☐ telefon ☐ e-mail

Doresc ca avizul anual să îmi fie transmis astfel*:

- ☐ ridicare personal/împuternicit;
- ☐ prin servicii de curierat cu plata la destinatar;
- ☐ prin mijloace electronice (se va indica obligatoriu adresa de e-mail pentru transmiterea avizului anual și numărul de telefon).

**Pentru transmiterea avizului anual se va opta pentru o singură variantă din cele 3 menționate la paragraful de mai sus.*

Data

Semnătura,

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din Călărași