

CERERE

de actualizare/înscrisoare date de contact/privind exercitarea profesiei

Subsemnatul/SubsemnataNume Prenume Nume purtat anterior (dacă este cazul) Cod numeric personal Nr. de înregistrare în Registrul unic Cod parafă *Solicit, în baza prevederilor Codului Deontologic al medicului dentist, actualizarea/înscrisoarea în dosarul profesional/Registrul unic/baza de date a următoarelor informații:*Nume Prenume Document în baza căruia a intervenit schimbarea numelui Emis de la data de Act de identitate seria nr. eliberată de la data de **Domiciliul/Reședința** (localitatea) (bd., str., alee, intrare etc.)nr. bl. sc. et. ap. sector/județ cod poștal **Adresă de corespondență (dacă este diferită de adresa de domiciliu/reședință)** (localitatea) (bd., str., alee, intrare etc.)nr. bl. sc. et. ap. sector/județ cod poștal Telefon: Mobil: E-mail: **Grad profesionalⁱ** medic rezident medic specialist medic primar**Specialitateⁱⁱ (pentru absolvirea de studii de masterat/programe de studii complementare etc. se completează Anexa FAI)** chirurgie orală și maxilo-facială chirurgie dento-alveolară endodonție ortodonție și ortopedie dento-facială parodontologie protetică dentară

Modalitate de exercitare a profesiei

independentă CMI CG CA SM SRL
 titular asociat salariată

Unitate

CF/CUI Nr. registru DSP

Sediu (localitatea)
 (bd., str., allee, intrare etc.)

nr. bl. sc. et. ap.

sector/județ cod poștal

Unitate

CF/CUI Nr. registru DSP

Sediu (localitatea)
 (bd., str., allee, intrare etc.)

nr. bl. sc. et. ap.

sector/județ cod poștal

Informații suplimentareⁱⁱⁱ

Titlu științific doctor în științe medicale

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

Funcție de cercetare asistent cercetare cercetător științific
 cercetător științific gradul III cercetător științific gradul II cercetător științific gradul I

Certific faptul că datele mai sus menționate sunt corecte, mă oblig să comunic orice modificare a acestor date și sunt de acord cu prelucrarea datelor personale cuprinse în prezenta cerere.

Data

Semnătura

Se completează de colegiul teritorial

I. Se dispune actualizarea/înscrierea informațiilor în DP/Registrul unic/baza de date: DA/ NU^{iv}

Data

Departament avizări-acreditări

Semnătura

ⁱSe atașează ordinul de confirmare sau, după caz, certificatul de echivalare/recunoaștere, în copie certificată conform cu originalul, numele în clar și semnătura.

ⁱⁱIdem.

ⁱⁱⁱÎn cazul titlului științific se atașează diploma de doctor în științe medicale, în cazul funcției didactice se atașează adeverința eliberată de instituția de învățământ superior, iar în cazul funcției de cercetare se atașează adeverința eliberată de unitatea publică/privată, în copie certificată conform cu originalul, numele în clar și semnătura.

^{iv}Se anexează raportul motivat privind respingerea solicitării de actualizare/înscriere a informațiilor.