

**CERERE**  
**de avizare anuală a certificatului de membru**

Subsemnatul(a), (numele) ....., (inițialatatălui) ....., (prenumele) ....., cod numeric personal [.....], act de identitate ..... seria ..... nr. ...., nume anterior ....., domiciliat în orașul ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul (județul) ....., cod poștal [.....], tel. fix [.....], mobil [.....], e-mail ....., posesor(oare) 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 aprobați avizarea anuală a Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România pentru următoarele specialități și/sau calificări profesionale: **+ GRAD PROFESIONAL**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Anexez prezentei cereri copia poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională care acoperă specialitățile sau calificările pentru care doresc acordarea vizei, certificată conform cu originalul.

Anexez, de asemenea, 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.

**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) este/sunt.

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

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 (dacă este posibil la nivelul colegiului teritorial).

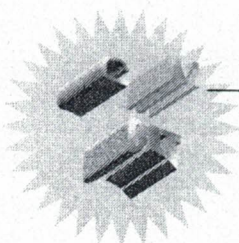
Data

Semnătura

.....

.....

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din .....



**ACORD**  
**Privind prelucrarea datelor cu caracter personal a membrilor CMOLT**

Subsemnatul .....

IDNP .....BI.....

Data eliberării .....Of .....

Adresa .....

Specialitate .....

Loc de practică medicală .....

prin acest acord îmi exprim în mod expres consimțământul ca Responsabilul cu Protecția Datelor să prelucreze datele mele cu caracter personal, care sunt oferite de către mine, precum și să colecteze și să prelucreze datele mele pe durata perioadei de membru al Colegiului Medicilor Olt și să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate în spațiile destinate exclusiv salariaților, precum și la locul de muncă.

Nume, Prenume	Semnătură
	Data

Confirm că am fost informat cu prevederile "Politicii de securitate a datelor cu caracter personal în cadrul Ministerului Justiției", "Regulamentul privind prelucrarea informațiilor ce conțin date cu caracter personal în Sistemul de evidență a salariaților" și că mi s-a adus la cunoștință drepturile mele prevăzute în Legea nr. 133 din 08 iulie 2011 privind protecția datelor cu caracter personal și responsabilitățile mele privind prelucrarea datelor cu caracter personal.

Nume Prenume	Semnătură
	Data

Prezentul acord a fost întocmit în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

Am primit un exemplar	Semnătura
-----------------------	-----------