

**CERERE**

de actualizare/înscrisoare date de contact/privind exercitarea profesiei

**Subsemnatul/Subsemnata**Nume 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 profesional<sup>i</sup>** medic rezident medic specialist medic primar**Specialitate<sup>ii</sup> (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 suplimentare<sup>iii</sup>**

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/înscierea informațiilor în DP/Registrul unic/baza de date:  DA/ NU<sup>iv</sup>

Data

**Departament avizări-acreditări**

\_\_\_\_\_  
Semnătura

<sup>i</sup>Se atașează ordinul de confirmare sau, după caz, certificatul de echivalare/recunoaștere, în copie certificată conform cu originalul, numele în clar și semnătura.

<sup>ii</sup>Idem.

<sup>iii</sup>În 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.

<sup>iv</sup>Se anexează raportul motivat privind respingerea solicitării de actualizare/însciere a informațiilor.