

Anexa nr. 1

Antet colegiu teritorial

Seria _____ nr. _____

Data emiterii _____

Certificat profesional curent

Destinatar:

Denumire _____

Sediu: _____

Solicitant

Nume _____

Prenume _____

Cetățenia _____

Cod numeric personal _____

Sex ☐ F | ☐ M

Nr. de identificare profesională (nr. Registru unic al medicilor stomatologi) _____

Data nașterii: Ziua _____ Luna _____ Anul _____

Locul nașterii: Localitatea _____ Țara _____

Calificare primară în profesie**Instituția de învățământ superior absolvită**

Denumire _____

Localitate _____

Diploma de licență

Seria _____ nr. _____

Denumire calificare: _____

Data obținerii _____

Titlu oficial de calificare*: _____

(*Conform Directivei 2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind recunoașterea calificărilor profesionale)

Forme de învățământ postuniversitar

Grad profesional _____

Atestate de studii complementare _____

Specialitate _____

- Titlu oficial de calificare* _____

(*Conform Directivei 2005/36/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind recunoașterea calificărilor profesionale)

Adresă**Drept de exercitare a profesiei**☐ Fără restricții profesionale în prezent☐ Cu restricții profesionale

Durată _____

Seria _____ nr. _____

Data emiterii _____

☐ Suspendare

Motive _____

☐ Interdicție
temporară

Motive _____

☐ Interdicție definitivă

Motive _____

Valabilitate

Prezentul certificat este valabil 3 luni de la data emiterii.

Notă: O copie a certificatului profesional curent se va păstra la dosarul profesional al medicului stomatolog.

Președinte

Secretar

Ștampilă colegiu teritorial