

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