

## CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN COLEGIUL FIZIOTERAPEUȚILOR DIN ROMÂNIA

Doamnă/ Domnule Președinte,

Subsemnatul(a) (nume și prenume) ....., (inițiala tatălui) ....., solicit înscrierea în Colegiul Fizioterapeuților din România - Colegiul Fizioterapeuților ..... și eliberarea Autorizației de liberă practică, în conformitate cu datele personale completate mai jos și cu actele doveditoare anexate cererii:

### I. Date personale:

Act de identitate \_\_\_\_\_  
Seria \_\_\_ Numărul \_\_\_\_\_  
Eliberat de \_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_ valabil până la data de \_\_\_\_\_  
CNP \_\_\_\_\_  
Nume anterior (dacă este cazul) \_\_\_\_\_  
Cetățenia \_\_\_\_\_

### II. Titlul oficial de calificare în fizioterapie:

Diplomă/Adeverință seria \_\_\_\_\_ număr \_\_\_\_\_ data eliberării \_\_\_\_\_  
Eliberată de \_\_\_\_\_, recunoscută/echivalată (dacă este cazul) prin \_\_\_\_\_, având seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, eliberat de \_\_\_\_\_.

### III. Informații privind exercitarea profesiei:

1. Exerciț profesia de fizioterapeut încadrat pe funcția de \_\_\_\_\_ grad profesional (dacă este cazul) \_\_\_\_\_ în calitate de:

Salariat în sistemul public  Salariat în sistemul privat  Voluntar  Titular al unei forme de organizare independentă

Loc de muncă (se vor menționa toate locurile de muncă unde solicitantul desfășoară în prezent activități de fizioterapie)

a. Denumire \_\_\_\_\_ CIF/CUI \_\_\_\_\_  
adresa \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
b. Denumire \_\_\_\_\_ CIF/CUI \_\_\_\_\_  
adresa \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
c. Denumire \_\_\_\_\_ CIF/CUI \_\_\_\_\_  
adresa \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

2.  În prezent NU exercit profesia de fizioterapeut.

**IV.  Declar pe propria răspundere că nu mă găsesc în vreunul din cazurile de nedemnitare sau incompatibilitate prevăzute la art. 23 din Legea nr. 229/2016 privind organizarea și exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum și pentru înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Fizioterapeuților din România.**

### V. Date de contact:



- certificat de atestare lingvistică pentru limba română, nivel B1, în copie certificată cu originalul;
- autorizația de liberă practică din țara de proveniență, cu traducere legalizată și apostilată, dacă este cazul.
- pentru cei care profesază în domeniul fizioterapiei pe teritoriul României, adeverință de la locul de muncă/dovada promovării în grad profesional, dacă este cazul, în original;
- dovada achitării taxei de înscriere în Colegiul Fizioterapeuților din România și a cotizației anuale.

***Notă: Documentele depuse în copie vor purta mențiunea "conform cu originalul", numele în clar și semnătura solicitantului, cu excepția copiilor legalizate.***

**VII. Doresc ca autorizația de liberă practică să îmi fie transmisă astfel:**

- ridicare personal/împuternicit;
- prin servicii de curierat cu plata la destinatar la următoarea adresă:  
oraș ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ....,  
sectorul (județul) ....., cod poștal [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], tel. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].

**VIII. Datele cu caracter personal furnizate către Colegiul Fizioterapeuților din România (CFZRO) sunt necesare procesării de date care decurg din calitatea de membru (înscriere, emiteră și predare/transmitere documente, avizarea anuală, etc.) în vederea respectării obligațiilor care reies din Legea nr. 229/2016, din Statutul Colegiului Fizioterapeuților din România, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 679/2017 și din alte acte normative aplicabile CFZRO, în conformitate cu prevederile Regulamentului european nr. 679/2016. Mai multe detalii despre drepturile și obligațiile părților se regăsesc în Politica de protecția datelor disponibilă la sediul CFZRO și la punctele de lucru ale colegiilor teritoriale.**

**IX. Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declarații, că informațiile prezentate în această cerere și documentele anexate corespund realității.**

Data .....	Semnătura ..... (numele și prenumele)
---------------	---

***Notă: La înscrierea în Colegiul Fizioterapeuților din România se va completa obligatoriu cererea de înscriere și cererea de avizare anuală a autorizației de liberă practică. Autorizația de liberă practică se emite și este valabilă numai împreună cu avizul anual.***