

CERERE DE ACTUALIZARE A DATELOR PERSONALE/DATELOR PROFESIONALE

Subsemnatul/Subsemnata

Nume Nume anterior

.....

Prenume

.....

Nr. de înregistrare în Registrul unic al fizioterapeuților

Solicit actualizare / înscrierea în dosarul profesional / Registrul unic al fizioterapeuților a următoarelor informații:

I. Nume

Nume

Prenume

Document în baza căruia a intervenit schimbarea numelui

serie nr.

Emis de la data de

II. Act de identitate

carte de identitate pașaport permis de ședere altele

seria nr. eliberat/ă de

la data de valabil până la data de

III. Domiciliul sau după caz, reședința

Localitatea, Str.

nr., bl., sc., et., ap.

sector/județ cod postal

(se atașează, în copie dovada reședinței, dacă este cazul)

IV. Grade profesionale

Încadrat pe funcția de

Gradul profesional dobândit la data

(se atașează, în copie documentul care atestă promovarea în grad profesional)

V. Date de contact

Telefon..... E-mail:

Adresă de contact :

.....
.....

VI. Locul de muncă sau modalitatea de prestare a activităților în regim independent

1. Denumire:

CIF/CUI

Sediu/ Punct de lucru/ Altul: Localitatea, Str.
nr. bl., sc., et., ap.,
sector/județ cod poștal,
telefon, e-mail.....

2.

Denumire:

CIF/CUI

Sediu/ Punct de lucru/ Altul: Localitatea, Str.
nr. bl., sc., et., ap.,
sector/județ cod poștal,
telefon, e-mail.....

3.

Denumire:

CIF/CUI

Sediu/ Punct de lucru/ Altul: Localitatea, Str.
nr. bl., sc., et., ap.,
sector/județ cod poștal,
telefon, e-mail.....

VII. Altă situație care se referă la modificarea anumitor date înscrise în Registrul unic al fizioterapeuților sau în documentele emise de Colegiul Fizioterapeuților din România

.....
.....
.....
.....
.....

(se atașează, în copie, documente doveditoare, dacă este cazul)

VIII. Declar pe propria răspundere că:

1. cunoscând prevederile art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, informațiile prezentate în această cerere și documentele incluse în dosar corespund realității;
2. nu mă aflu în niciuna din situațiile prevăzute la art. 23 din Legea nr. 229/2016, de natură a împiedica exercitarea profesiei de fizioterapeut;

IX. Cunosc faptul că am obligația de a anunța în scris colegiul teritorial, în termen de maxim 10 zile de la data apariției situației în cauză, cu privire la:

1. schimbarea numelui, a domiciliului/reședinței în alt județ sau a oricărei alte date de identificare mai sus-menționate, precum și modificarea situației profesionale;
2. existența unor motive care au ca efect neexercitarea profesiei de fizioterapeut;
3. exercitarea profesiei de fizioterapeut în altă țară ori stabilirea temporară sau definitivă în altă țară.

Data,	Nume, prenume
semnătura,	
.....

În conformitate cu prevederile Regulamentului European 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate.

Data,	Nume, prenume semnătura,
.....

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

Se completează de colegiul teritorial:

Se dispune actualizarea/ înscrierea informațiilor în dosarul profesional/ Registrul unic al fizioterapeuților

DA

NU

Data,
Fizioterapeuților

.....

Președintele Colegiului

.....