

CERERE DE AVIZARE ANUALĂ A AUTORIZAȚIEI DE LIBERĂ PRACTICĂ

Doamnă/Domnule Președinte,

Subsemnatul(a), (numele și prenumele) (inițiala tatălui) (nume anterior, dacă este cazul), identificat cu CNP, solicit avizarea anuală a Autorizației de liberă practică, în conformitate cu datele personale completate mai jos și cu actele doveditoare anexate cererii:

I. Actualizarea datelor personale/profesionale:

1.S-au modificat următoarele date personale/profesionale:

Nume (în urma căsătoriei/divorțului etc.) Document de studii (obținerea diplomei de licență) Act de identitate Domiciliul/Reședința Date de contact (tel./e-mail) Grad profesional Locul de muncă sau modalitatea de prestare a activității Alte situații.....

Se atașează următoarele documente doveditoare (dacă este cazul):

2. Nu au intervenit modificări în datele furnizate de subsemnatul în cererea de înscriere în Colegiul Fizioterapeuțilorși în cazul în care vor interveni modificări le voi comunica într-un termen de maximum 10 zile, conform art. 11 lit. i) din Statutul Colegiului Fizioterapeuților din România, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 679/2017.

II. Anexez prezentei cereri următoarele documente:

dovada exercitării profesiei (de exemplu, adeverință de la locul de muncă), în original;
 polița de asigurare pentru răspundere civilă profesională, în copie;
 dovada obținerii numărului de credite de educație medicală continuă, avizate de Colegiul Fizioterapeuților din România, dacă este cazul;
 dovada achitării cotizației de membru.

NOTĂ:

Documentele depuse în copie vor purta mențiunea "conform cu originalul", numele în clar și semnătura solicitantului.

III. Informații privind exercitarea profesiei:

1.Exercit 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 activitate de fizioterapie, atât pe teritoriul României, cât și pe teritoriul altor state.)

a)denumirea, CIF/CUI, adresa, tel., e-mail

b)denumirea, CIF/CUI, adresa, tel., e-mail

c)denumirea, CIF/CUI, adresa, tel., e-mail

2. Declar pe propria răspundere că în prezent NU exercit profesia de fizioterapeut.

IV. Doresc ca avizul anual să îmi fie transmis astfel:

ridicare personal/împuternicit;

prin servicii de curierat cu plata la destinatar, la următoarea adresă:

orașul, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul (județul), cod poștal, tel.

V. Informații privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnatul(a) declar că am luat cunoștință de conținutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Fizioterapeuților din România și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Nota de informare se regăsește pe site-ul oficial al Colegiului Fizioterapeuților din România (<https://colegiulfizioterapeutilor.ro>) și la punctele de lucru ale colegiilor teritoriale.

VI. 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)
---------------	---