**CERERE DE SUSPENDARE / ÎNCETARE A CALITĂȚII DE MEMBRU AL COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA**

Către Domnul Președinte al Colegiului Medicilor Iași,

Subsemnatul, (a), nume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inițiala tatălui \_\_\_\_\_, prenume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, locul nașterii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, act de identitate \_\_ seria \_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nume anterior\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat (ă) în orașul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_, Bl. \_\_\_\_\_\_, sc. \_\_, et. \_\_, ap. \_\_\_, județul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cod poștal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu adresa de corespondență (dacă este diferită de cea de domiciliu) în orașul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_. Bl. \_\_\_\_ \_\_, sc. \_\_\_, et. \_\_\_, ap. \_\_\_, județul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Medic (grad profesional) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in specialitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

posesor (oare) al (a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor România nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu aviz anual valabil până la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CUIM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ și loc de muncă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vă rog să luați act de faptul că mi-am încetat activitatea medicală pe teritoriul României și că, începând cu data de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicit:

□ **suspendarea** calității de membru al Colegiului Medicilor din România, **în perioada** (până la maxim 5 ani) de la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pana la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

□ **retragerea** definitivă a calității de membru al CMR,

**Motivul**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conform documentelor anexate.

Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor din județul Iași necesare prelucrării prezentei cereri, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind 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