

CATRE ,

COMISIA DE AVIZARE A PRELUNGIRII ACTIVITATII MEDICILOR
DUPA IMPLINIREA VARSTEI DE PENSIONARE

Subsemnatul/a

medic specialist/primar in specialitatea.....

in prezent in activitate la spitalul/ambulatoriul/cabinetul, etc.

.....

declar pe proprie raspundere ca nu /ma incadrez la categoria de medic pensionat si nu /cumulez pensia cu venituri salariale

Nr. Telefon

Prin prezenta solicit avizul comisiei pentru prelungirea activitatii dupa implinirea varstei de pensionare de 67 de ani.

Anexez (dupa caz):

- 1.Cerere tip completata si semnata
- 2.Copie carte de identitate
- 3.Copie Certificat de membru si cu avizul anual al Colegiului Medicilor BN pentru prelungirea activitatii peste varsta de pensionare
- 4.Certificatul privind starea de sanatate
- 5.Copie Asigurarea de raspundere civila profesionala a medicilor
- 6.Dupa caz, - Referatul angajatorului prin care sa fie certificata necesitatea mentinerii in activitate peste varsta de pensionare cu specificarea motivatiei angajatorului (ex. deficit de personal, inclusiv, daca este cazul, pentru linia de garda, etc.)
- 7.Referatul medicului specialist de familie/medicul, dupa caz (din cabinetele individuale) prin care isi argumenteaza solicitarea mentinerii in activitate peste varsta de pensionare.

CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Prin semnătură, îmi asum răspunderea asupra corectitudinii datelor înscrise în prezenta cerere și îmi exprim acordul ca Direcția de Sănătate Publică BN să îmi utilizeze datele cu caracter personal pentru eliberarea avizului pentru prelungirea activitatii.

De asemenea, menționez că am fost instruit de către persoana responsabilă cu eliberarea avizelor din cadrul Direcției de Sănătate Publică BN cu privire la drepturile privind datele cu caracter personal prevăzute în Regulamentul UE nr. 679/2016.

Data:

Semnătura solicitantului:
