

## **CERERE pentru încetarea calității de membru/renunțarea la calitatea de membru**

Subsemnatul/a, .....,  
identificat/ă cu CI seria ..... nr. ...., eliberată de ..... la data de  
....., CNP ....., domiciliat/ă în  
localitatea ....., str. .... nr. ...., bl. ....,  
sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/județul ....., tel. ...., e-mail  
....., în calitate de membru al Colegiul Fizioterapeuților din  
România - Colegiul Teritorial .....,  
conform Autorizației de liberă practică nr. ...., eliberată la data de  
....., având nr. registru unic al fizioterapeuților .....,  
prin împuternicit (dacă este cazul) ....., conform  
....., vă solicit aprobarea prezentei cereri de încetare a  
calității de membru/renunțare la calitatea de membru al CFZRO, pentru următoarele motive:

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

- Anexez prezentei cereri următoarele documente:

- autorizația de liberă practică, în original;
- avizul anual, în original;
- copii (conform cu originalul) ale documentelor justificative, dacă este cazul;
- dovada achitării la zi a cotizației de membru.

Declar pe propria răspundere că am înțeles faptul că, odată cu încetarea calității de membru al CFZRO, nu mai am dreptul de a exercita profesia de fizioterapeut.

Datele cu caracter personal furnizate către Colegiul Fizioterapeuților din România (CFZRO) sunt necesare procesării de date care decurg din calitatea de membru (înscrisoare, emitere și predare/transmitere documente, avizarea anuală etc.) în vederea respectării obligațiilor care reies din Legea nr. 229/2016 privind organizarea și exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum și pentru înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Fizioterapeuților din România, 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.

Data .....

Semnătura .....