

CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN COLEGIUL FIZIOTERAPEUȚILOR DIN ROMÂNIA

Doamnă/ Domnule Președinte,

Subsemnatul(a) (nume și prenume), (inițiala tatălui), solicit înscrierea în Colegiul Fizioterapeuților din România - Colegiul Fizioterapeuților și eliberarea Autorizației de liberă practică, în conformitate cu datele personale completate mai jos și cu actele doveditoare anexate cererii:

I. Date personale:

Act de identitate _____ Seria _____ Numărul _____ Eliberat de _____ la data de _____
valabil până la data de _____, CNP _____
Nume anterior (dacă este cazul) _____
Cetățenia _____

II. Titlul oficial de calificare în fizioterapie:

Diplomă/Adeverință seria _____ număr _____ data eliberării _____
Eliberată de _____, recunoscută/echivalată (dacă este cazul) prin
_____, având seria _____ nr. _____, eliberat de _____.

III. Informații privind exercitarea profesiei:

1. Exerciți 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.	Denumire _____	CIF/CUI _____	adresa _____
	_____ tel _____	e-mail _____	
b.	Denumire _____	CIF/CUI _____	adresa _____
	_____ tel _____	e-mail _____	
c.	Denumire _____	CIF/CUI _____	adresa _____
	_____ tel _____	e-mail _____	

2. În prezent NU exercit profesia de fizioterapeut.

IV. Declar pe propria răspundere că nu mă găsesc în vreunul din cazurile de nedemnitare sau incompatibilitate prevăzute la art. 23 din Legea nr. 229/2016 privind organizarea și exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum și pentru înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Fizioterapeuților din România.

V. Date de contact:

1. Adresă de domiciliu

Str. nr., bl., sc., et., ap., cod poștal [____], localitatea
....., satul (dacă este cazul), sectorul (județul)

2. Adresa de corespondență (dacă este diferită de cea de domiciliu)

Str. nr., bl., sc., et., ap., cod poștal [____],
localitatea, satul (dacă este cazul), sectorul (județul)

3. Nr. telefon fix [____], mobil [_____]

4. E-mail

VI. Anexez prezentei cereri următoarele documente:***Se completează de fizioterapeuții care au absolvit studiile pe teritoriul României:**

- documente de studii care atestă formarea în profesie (diplomă de licență sau adeverința de absolvire a studiilor) în copie certificată cu originalul/în copie legalizată;
- certificat de cazier judiciar, în original;
- certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și viza medicului de familie, medicului de medicină internă sau a medicului de medicina muncii, în original;
- act de identitate, în copie certificată cu originalul;
- dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate, în copie certificată cu originalul/în copie legalizată;
- adeverință de la locul de muncă/dovada promovării în grad profesional, dacă este cazul, în original;
- dovada achitării taxei de înscriere în Colegiul Fizioterapeuților din România și a cotizației anuale.

***Se completează de fizioterapeuții care au absolvit studiile pe teritoriul altui stat:**

- dovada titlului oficial de calificare în fizioterapie, recunoscut sau echivalat conform legislației în vigoare, în copie certificată cu originalul/în copie legalizată;
- certificatul de conformitate, dacă este cazul, cu traducere legalizată și apostilată;
- dovada absenței suspendării temporare sau definitive a exercitării profesiei de fizioterapeut sau neexistența condamnărilor penale, din statul de proveniență, cu traducere legalizată și apostilată sau cazier judiciar, în original, în situația în care solicitantul deține un act de identitate eliberat de autoritățile române;
- certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și viza medicului de familie, medicului de medicină internă sau a medicului de medicina muncii, în original;
- act de identitate (carte de identitate, pașaport, permis de ședere, etc.), în copie certificată cu originalul;
- dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate, în copie certificată cu originalul, în copie legalizată sau în traducere legalizată și apostilată dacă actul nu este emis de autoritățile române, după caz;
- certificat de atestare lingvistică pentru limba română, nivel B1, în copie certificată cu originalul;
- autorizația de liberă practică din țara de proveniență, cu traducere legalizată și apostilată, dacă este cazul.
- pentru cei care profesază în domeniul fizioterapiei pe teritoriul României, adeverință de la locul de muncă/dovada promovării în grad profesional, dacă este cazul, în original;
- dovada achitării taxei de înscriere în Colegiul Fizioterapeuților din România și a cotizației anuale.

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

VII. Doresc ca autorizația de liberă practică să îmi fie transmisă astfel:

- ridicare personal/împuternicit;
- prin servicii de curierat cu plata la destinatar la următoarea adresă: oraș, str.
nr. bl. sc. et., ap. sectorul (județul), cod poștal [][][][][][], tel. [][][][][][][][][][][][][][][][].

VIII. Datele cu caracter personal furnizate către Colegiul Fizioterapeuților din România (CFZRO) sunt necesare procesării de date care decurg din calitatea de membru (înscriere, emitere și predare/transmitere documente, avizarea anuală, etc.) în vederea respectării obligațiilor care reies din Legea nr. 229/2016, 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.

IX. 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)

.....

Notă: La înscrierea în Colegiul Fizioterapeuților din România se va completa obligatoriu cererea de înscriere și cererea de avizare anuală a autorizației de liberă practică. Autorizația de liberă practică se emite și este valabilă numai împreună cu avizul anual.