

## **CERERE DE AVIZARE ANUALĂ A AUTORIZAȚIEI DE LIBERĂ PRACTICĂ**

Doamnă/ Domnule Președinte,

Subsemnatul(a) (nume și prenume) ....., (inițiala tatălui) ....., solicit avizarea anuală a 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. \*Se va completa numai de membrii Colegiului Fizioterapeuților din România care dețin o autorizație de liberă practică.**

Posesor(oare) al(a) Autorizației de liberă practică nr. ...., emisă de Colegiul Fizioterapeuților ..... cu nr. de înregistrare ..... din data ....., având Nr. de Registru unic al fizioterapeuților [\_\_\_\_].

### **III. Anexez prezentei cereri următoarele documente:**

- actul de identitate, în copie certificată cu originalul;
- polița de asigurare pentru răspundere civilă profesională\*, în copie certificată cu originalul;
- dovada obținerii numărului de credite de educație medicală continuă, avizate de Colegiul Fizioterapeuților din România, dacă este cazul;
- dovada achitării cotizației de membru.

*\*Mă oblig ca în cazul în care polița de asigurare pentru răspundere civilă profesională NU este valabilă pentru tot anul pentru care solicit avizul, să o reînnoiesc înainte de expirarea acesteia și să o transmit colegiului teritorial.*

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

### **IV. Declar pe propria răspundere că:**

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

Datele furnizate cu ocazia înscrierii/avizării anterioare s-au modificat după cum urmează:

.....  
*(Se completează doar în cazul în care au existat modificări)*

#### 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 .....

**V. Informații privind exercitarea profesiei:**

1. Exerțit 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 exerțit profesia de fizioterapeut.

**VI. Doresc ca avizul anual să îmi fie transmis 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. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.

**VII. Datele cu caracter personal furnizate către Colegiul Fizioterapeuților din România (CFZRO) sunt necesare procesării de date care decurg din calitatea de membru (înscrisoare, emitere 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.**

**VIII. 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.**