**CERERE DE TRANSFER**

**din Colegiul Medicilor Caraș -Severin**

**în Colegiul Medicilor . . . . . . . . . .**

**Subsemnatul(a), nume . . . . . . . . . ., iniţiala tatălui . . . . . . . . . ., prenume . . . . . . . . . ., cod numeric personal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| act de identitate . . . . . . . . . . serie . . . . . . . . . . nr. . . . . . . . . . ., nume anterior . . . . . . . . . ., domiciliat(ă) în oraşul . . . . . . . . . ., str. . . . . . . . . . . nr. . . . . . . . . . ., bl. . . . . . . . . . ., sc. . . . . . . . . . ., et. . . . . . . . . . ., ap. . . . . . . . . . ., sectorul (judeţul) . . . . . . . . . ., codul poştal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|, tel. fix |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, mobil |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, e-mail . . . . . . . . . ., posesor(oare) al(a) Certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România nr. . . . . . . . . . . din data . . . . . . . . . ., vă rog să îmi aprobaţi transferul din Colegiul Medicilor . . . . . . . . . . în Colegiul Medicilor . . . . . . . . . .**

**Ataşez următoarele documente:**

**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Adresa de domiciliu**

**Str. . . . . . . . . . . nr. . . . . . . . . . ., bl. . . . . . . . . . ., sc. . . . . . . . . . ., et. . . . . . . . . . ., ap. . . . . . . . . . ., sectorul (judeţul) . . . . . . . . . ., codul poştal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|, oraşul . . . . . . . . . ., tel. fix |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, mobil |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, e-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Adresa de corespondenţă (dacă este diferită de cea de domiciliu)**

**Str. . . . . . . . . . . . . . . . . nr. . . . . . . . . . ., bl. . . . . . . . . . ., sc. . . . . . . . . . ., et. . . . . . . . . . ., ap. . . . . . . . . . ., sectorul (judeţul) . . . . . . . . . ., codul poştal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|, oraşul . . . . . . . . . ., tel. fix |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, mobil \_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, e-mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

**Doresc ca documentele să îmi fie transmise astfel:**

**|\_| ridicare personal/împuternicit;**

**|\_| prin servicii de curierat cu plata la destinatar la adresa de domiciliu/adresa de corespondenţă. Sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Medicilor din România necesare procesării cererii de transfer (emitere şi predare/transmitere documente, avizarea anuală etc.), în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor). Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, cu privire la falsul în declaraţii, că informaţiile prezentate în această cerere şi documentele anexate corespund realităţii.**

**Data . . . . . . . . . . Semnătura . . . . . . . . . .**