Către,

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI**

**C E R E R E**

**DE AVIZARE A PRELUNGIRII ACTIVITĂȚII PENTRU MEDICII CARE ÎȘI DESFAȘOARĂ ACTIVITATEA DUPĂ ÎMPLINIREA VÂRSTEI DE PENSIONARE ȘI SUNT ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU C.A.S.M.B.**

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medic în specialitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, gradul profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , având titlul (doctor în științe / membru al Academiei ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_confirmat prin Ord. M.S. nr. \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, cod parafă \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ încadrat(a) cu contract de muncă pe durată \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Va rog să-mi aprobați prelungirea activității după împlinirea vârstei de pensionare.

***Anexez cererii următoarele documente:***

* Copie CI/BI/PAȘAPORT
* Solicitarea motivată a angajatorului pentru menținerea în activitate, cu respectarea criteriilor de evaluare conform prevederilor Protocolului nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Copie Certificat de Membru al Colegiului Medicilor din Romania;
* Copie Aviz liberă practică, în termen de valabilitate;
* Alte documente relevante prelungirii activității peste vârsta de pensionare.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_