

Către,
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MINICIPIULUI BUCUREȘTI

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

Subsemnatul(a) (inițialatatălui) _____,
CNP _____, medic în specialitatea _____
_____, gradul profesional _____, având titlul
(doctor în științe / membru al Academiei) confirmat prin Ordin M.S. nr. ____/____
cod _____ parafă _____, încadrat _____ pe
perioadă determinată/nedeterminată în cadrul _____
_____,
nr. telefon _____ mail _____ vă rog **să-mi**
aprobă prelungirea activității după împlinirea vârstei de pensionare.

Anexez cererii următoarele documente:

- ☐ Copie Carte de identitate/Pașaport;
- ☐ Solicitare motivată a angajatorului pentru susținerea menținerii în activitate;
- ☐ Acordul privind prelucrarea datelor cu caracter personal;
- ☐ Copie Aviz liberă practică, în temen de valabilitate;
- ☐ Copie Certificat de membru al Colegiului Medicilor din România;
- ☐ Declarație pe propria răspundere că nu au existat reclamații sau plângeri din partea pacienților;
- ☐ Copie Aviz de menținere în activitate eliberat anterior (dacă este cazul);
- ☐ Alte documente relevante prelungirii activității peste vârsta de pensionare.

DATA

SEMNĂTURA