

Către,
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MINICIPIULUI BUCUREȘTI

CERERE
DE AVIZARE A PRELUNGIRII ACTIVITĂȚII PENTRU MEDICII CARE ÎȘI
DEFĂȘOARĂ 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 Ordin M.S. nr. ___/_____
cod parafă _____, încadrat pe perioadă determinată/nedeterminată în
cadrul _____
_____,
nr. telefon _____ mail _____ vă rog **să-mi**
aprobați prelungirea activității după împlinirea vârstei de pensionare.

Anexez cererii următoarele documente:

- Copie Carte de identitate/Pașaport;
- Solicitarea 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;
- Copie Aviz de menținere în activitate eliberat anterior (dacă este cazul);
- Alte documente relevante prelungirii activității peste vârsta de pensionare.
- Certificat medical tip A5;

DATA

SEMNĂTURA