



**COMISIA DE AVIZARE A PRELUNGIRII ACTIVITĂȚII MEDICILOR CARE ÎȘI DESFĂȘOARĂ ACTIVITATEA DUPĂ ÎMPLINIREA VÂRSTEI DE PENSIONARE, ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CASMB**

Către,

**COMISIA 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.**

Subscrisa unitate sanitară \_\_\_\_\_,

Vă înaintăm solicitarea pentru:

Domnul/Doamna (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 \_\_\_\_\_

în vederea aprobării prelungirii activității după împlinirea vârstei de pensionare.

**Anexăm cererii următoarele documente:**

- Copie CI/BI/PAȘAPORT
- Solicitarea medicului privind prelungirea activității peste vârsta de pensionare;
- Solicitarea motivată a angajatorului pentru menținerea în activitate, cu respectarea criteriilor de evaluare conform prevederilor Protocolului DSPMB/CMMB/CASMB nr.4882/1168/44001/12.02.2020;
- Declarație pe proprie răspundere ca nu au fost aplicate sancțiuni din partea Colegiului Medicilor;
- 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 \_\_\_\_\_