***Nr. \_\_\_\_\_\_\_ din data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Către,

**COLEGIUL FARMACIȘTILOR DIN ROMÂNIA**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cu domiciliul în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,* telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificat prin B.I./C.I/altele seria \_\_\_\_\_, număr \_\_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat/ă de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicit prin prezenta analiza dosarului pentru **emiterea Certificatului de Membru al Colegiului Farmaciștilor din România.**

Atașez următoarele documente, conform prevederilor Legii 95/2006, Titlul XIV:

1. Documente care atestă formarea în profesie;

2. Certificatul de sănătate (formular A5);

3. Declarație pe proprie răspundere privind îndeplinirea condițiilor prevăzute de art. 572 și 573 din Legea 95/2006, privind reforma în domeniul sănătății;

4. Certificat de cazier judiciar;

5. Documentul de identitate (act de identitate, certificat de căsătorie, etc);

6. Dovada achitării taxei de înscriere, stabilită prin decizie a CFR;

7. Dovada achitării cotizației anuale de membru pentru perioada rămasă până la data de 31 decembrie a anului în curs.

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Semnătura, |

*Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de către Colegiul Farmaciștilor din România și Colegiul Farmaciștilor din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016, pe toată durata existenței calității mele de membru al CFR sau atât timp cât am/voi avea nevoie de documente eliberate de către Colegiul Farmaciștilor din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pentru a exercita profesia.*

 *Prin completarea și semnarea prezentului document, eu – semnatarul – confirm că am citit, am fost informat corect, complet, precis, am luat la cunoștință și am înțeles pe deplin atât scopul prelucrării datelor cu caracter personal cât și drepturile de care beneficiez conform prevederilor legale aplicabile, respectiv: dreptul de a fi informat, dreptul de acces, dreptul la rectificare, dreptul la opoziție și procesul decizional individual automatizat, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016.*

**D E C L A R A Ț I E P E P R O P R I E**

**R Ă S P U N D E R E**

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cu domiciliul în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificat prin B.I./C.I./altele serie \_\_\_\_\_\_\_\_, număr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat/ă de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având C.N.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii**, declar pe proprie răspundere**, că:

* Nu exercit profesia de medic
* Nu exercit nici o ocupație de natură a aduce atingere demnității profesiei de farmacist sau bunelor moravuri, conform Codului deontologic al farmacistului
* Am depus jurământul profesional la absolvirea Facultății de Farmacie.

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Semnătura, |