|  |  |
| --- | --- |
|  | Colegiul Fizioterapeuților Gorj-Vâlcea CIF: 38710536Cont IBAN: RO51BRDE200SV58620642000, deschis la BRD-Groupe Societe Generale Sediu: Strada Progresului nr. 18, Spitalul Județean de Urgență Târgu Jiu, clădirea centrală (700), etaj 6Tel: 0762272033, E-mail: gj@cfizio.ro |

CERERE pentru suspendarea calităţii de membru al CFZRO

Subsemnatul/a, ,

identificat/ă cu CI seria ........... nr. ............, eliberată de ....................................... la data de

................................., CNP ........................................................................, domiciliat/ă în

localitatea ...................................................., str. ................................................... nr. ........, bl ,

sc. ......, et. ......, ap. ......., sectorul/judeţul ..............., tel. ............................................., e-mail

.............................................................., în calitate de membru al Colegiul Fizioterapeuţilor din

România - Colegiul Teritorial ,

conform Autorizaţiei de liberă practică nr. ................................................., eliberată la data de

.................., având nr. registru unic al fizioterapeuţilor ,

prin împuternicit (dacă este cazul) ......................................................................., conform

…………………………………….........., vă solicit să admiteţi prezenta cerere de suspendare a calităţii de membru al CFZRO pe perioada ,

pentru următoarele motive:

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

- Anexez prezentei cereri următoarele documente:

|\_| autorizaţia de liberă practică, în original;

|\_| avizul anual, în original;

|\_| documentele justificative, în copie certificată cu originalul;

|\_| dovada achitării la zi a cotizaţiei de membru.

Declar pe propria răspundere că înţeleg faptul că, pe toată perioada suspendării calităţii de

membru al CFZRO, nu mai am dreptul de a exercita profesia de fizioterapeut.

Datele cu caracter personal furnizate către Colegiul Fizioterapeuţilor din România (CFZRO) sunt necesare procesării de date care decurg din calitatea de membru (înscriere, emitere şi predare/transmitere documente, avizarea anuală etc.) în vederea respectării obligaţiilor care reies din Legea nr. 229/2016 privind organizarea şi exercitarea profesiei de fizioterapeut, precum şi pentru înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Fizioterapeuţilor din România, din Statutul Colegiului Fizioterapeuţilor din România, aprobat prin Ordinul ministrului sănătăţii nr. 679/2017, şi din alte acte normative aplicabile CFZRO, în conformitate cu prevederile Regulamentului european nr. 679/2016. Mai multe detalii despre drepturile şi obligaţiile părţilor se regăsesc în Politica de protecţia datelor disponibilă la sediul CFZRO şi la punctele de lucru ale colegiilor teritoriale.

|  |  |
| --- | --- |
| Data ................. | Semnătura ........................... |