|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 încetarea calităţii de membru/renunţarea la calitatea de membru

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 aprobarea prezentei cereri de încetare a

calităţii de membru/renunţare la calitatea de membru al CFZRO, pentru următoarele motive:

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

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

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

- Anexez prezentei cereri următoarele documente:

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

|\_| avizul anual, în original;

|\_| copii (conform cu originalul) ale documentelor justificative, dacă este cazul;

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

Declar pe propria răspundere că am înţeles faptul că, odată cu încetarea 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](https://idrept.ro/00181970.htm) 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,](https://idrept.ro/00186622.htm) şi din alte acte normative aplicabile CFZRO, în conformitate cu prevederile Regulamentului european nr. [679/2016.](https://idrept.ro/12045068.htm) 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 ........................... |