

CATRE

**COMISIA DE AVIZARE A PRELUNGIRII ACTIVITATII MEDICILOR
DUPA IMPLINIREA VARSTEI DE PENSIONARE**

Subsemnatul/a ,
medic specialist/primar în specialitatea.....,
- în prezent în activitate la spitalul/ambulatoriul/cabinetul,.....
.....
din loc. str.....nr., tel. nr.....
fax nr....., în prezent în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate Buzau
solicite prin prezenta avizul comisiei pentru prelungirea activității după împlinirea vârstei de pensionare
de 67 de ani la
..... în calitate de medic angajat/titular .

Anexez (se bifeaza):

- Cerere tip completată și semnată;
- Actul de identitate (copie);
- Certificatul de membru si Avizul Colegiului Medicilor Buzau pentru prelungirea activității peste vârsta de pensionare;
- Referatul angajatorului prin care să fie certificată necesitatea menținerii în activitate peste vârsta de pensionare cu specificarea motivației angajatorului (ex. deficit de personal, inclusiv, dacă este cazul, pentru linia de gardă, concursuri organizate, adresabilitate, posturi vacante, etc.);
- Referatul medicului de familie/medicul specialist, după caz (din cabinetele individuale) prin care își argumentează solicitarea menținerii în activitate peste vârsta de pensionare.
- Declarație pe propria răspundere că nu există reclamații din partea pacienților și nu are sancțiuni contractuale aplicate de CAS Buzau și sancțiuni aplicate de Colegiul Medicilor Buzau;
- Certificat medical de sănătate în care se precizează că este apt/inapt din punct de vedere medical (fizic și neuropsihic) pentru exercitarea activității în specialitatea respectivă;
- Fișa de aptitudini de la medicul de medicina muncii.

Declar ca imi dau consimtamantul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal, respectiv ca datele vor fi tratate cu caracter confidential, in conformitate cu prevederile Regulamentului general privind protectia datelor nr.679/2016, cu modificarile si completarile ulterioare.

DATA.....

SEMNATURA,