MODEL 5

*Nr. Înregistrare CJ/CMB: .....data ....., Județul*_____

CERERE DE ELIBERARE DUPLICAT AL AVIZULUI FORMEI DE EXERCITARE

Domnule Președinte al OTDR,

Subsemnatul/a_____,CNP_____, certificat de membru OTDR seria ___ nr_____, titular/ reprezentant al formei de exercitare a profesiei cu denumirea de _____, **CIF/ CUI**_____din data de _____, J_____/_____/_____,

Nr. înregistrare **AVIZ OTDR** în Registrul formelor de exercitare al OTDR _____din data _____ vă rog să-mi aprobați eliberarea unui DUPLICAT al

□ **AVIZULUI** formei de exercitare a profesiei de tehnician dentar

ca urmare a:

- □ Distrugerii
- □ Pierderii
- □ Furtului

În susținerea prezentei cereri, anexez urmatoarele documente:

□ Dovada achitării la zi a debitelor restante

Am luat la cunoștință că OTDR, în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679 din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor) (Art.6 alin. (1) lit. c); lit.e) si alin. (3) lit.b) și ***Normele interne ale OTDR pentru protecția persoanelor fizice cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal în conformitate cu legislația în domeniu și reglementările specifice profesiei de tehnician dentar aprobate în ședința Biroului Executiv din data de 20.07.2018,*** *colectează, prelucrează, distribuie, arhivează și asigură protecița datelor cu caracter personal ale* ***tehnicienilor dentari*** *în vederea îndeplinirii* ***obligației legale*** *ce îi revine prin Legea Nr.96/2007 republicată, cu referire la înscrierea, autorizarea și evidența membrilor organizației precum și publicarea Registrului Unic al Tehnicienilor Dentari din România.*

Data: _____ Semnatura: _____