

**Anexa3. CERERE PENTRU EMITEREA AVIZULUI ANUAL PENTRU AUTORIZAREA EXERCITĂRII PROFESIEI DE DIETETICIAN PENTRU ANUL 2024**

Subsemnatul(a)  
nume și prenume: .....  
nume anterior ..... (dacă este cazul)  
CNP: .....  
act identitate ..... (BI/CI/P) , serie ....., nr. ....  
domiciliat(ă) în ..... , str. .... ,  
nr. .... , bl. .... , sc. .... , et. .... , ap. .... ,  
sector (județ) ..... , cod poștal .....

număr de telefon .....

email .....

certificatului de membru numărul: ..... din data .....

cod unic de identificare a dieteticianului nr. ....

vă rog să îmi eliberați avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei de dietetician, pentru anul 2024. Anexez prezentei cereri copia poliței de asigurare civilă.

Declar pe proprie răspundere că:

**Nu au intervenit** modificări în datele furnizate de subsemnatul(a) în formularul de înscriere în Colegiul Teritorial ..... și în cazul în care vor interveni modificări le voi comunica într-un termen de maxim 30 de zile.

Datele furnizate cu ocazia înscrierii/avizării anterioare s-au modificat după cum urmează:

LOCUL/LOCURILE DE MUNCA ACTUALE:

1. ....
2. ....
3. ....

Declar pe proprie răspundere ca nu mă aflu în vreuna din situațiile prevăzute de art. 18 din Legea 256/2015. În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate și mă oblig să aduc la cunoștința Colegiului Dieteticienilor din România orice modificare a acestor date. Declar ca sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea Colegiului Dieteticienilor.

Data,

.....

Semnătura,

.....