



Aprobat Președinte

C E R E R E

Subsemnatul/a _____,
membru al Filialei CĂLĂRAȘI a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, CNP _____, vă adresez rugămintea de a aproba prezenta cerere prin care solicit **reînnoirea certificatului de membru și/sau eliberarea avizului** pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul _____, motivat de _____.

Mentionez că în perioada _____ am exercitat profesia de _____ în _____.

Menționez că _____ solicitat suspendarea din calitatea de membru și _____ achitat obligațiile restante la zi.

Anexez următoarele documente:

- ☐ Cazierul judiciar - în original;
- ☐ Certificatul de sănătate fizică și psihică - în original;
- ☐ Dovada reluare activitate (după caz);
- ☐ Asigurare de răspundere civilă (după caz);
- ☐ Dovadă înregistrare profesională, recunoaștere studii - în traducere legalizată;
- ☐ Dovadă durată exercitare profesie în străinătate: adeverință sau contract de muncă - în traducere legalizată;
- ☐ Dovadă că nu au existat abateri de la etica și deontologia profesională, precum și că nu au fost dispuse sancțiuni - în traducere legalizată;

..... cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala CĂLĂRAȘI în scopul îndeplinirii obligațiilor legale ce-i revin conform Ordonanței de urgență nr.144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, aprobată prin Legea nr.53/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Data,

Semnătura,

Doamnei/Domnului Președinte a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala CĂLĂRAȘI

Am ridicat astăzi, _____, certificatul de membru/ aviz anual seria _____ nr. _____

Numele Prenumele Semnătura