



CERERE TIP

Către,

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR
MEDICALI DIN ROMÂNIA FILIALA CĂLĂRAȘI

Subsemnatul/a cu domiciliul în localitatea
..... str., bloc, sc., ap., județul
....., nr. telefon, adresă e- mail,
profesia, după caz prin împuternicit în baza procurii
speciale nr. din data de, vă rog să îmi eliberați documentul necesar
recunoașterii titlului meu de calificare în celelalte state membre UE.

În acest sens, depun următoarele acte:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.

Data

Semnătura