Nr. Înreg.: ..... Data: .....

Domnule Președinte,

Subsemnatul/a.....CNP.....,

domiciliat/a în .....,

posesor al Certificatului de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. filiala Constanța, seria..... numărul.....,

angajat/a la....., vă rog să-mi aprobați cererea în vederea actualizării datelor în Registrul Național Unic al asistenților medicali.

Anexez următoarele documente:

- **Actualizare nume**
  - copie BI/CI ..... ☐
  - copie certificat de căsătorie ..... ☐
  - copie sentință de divorț ..... ☐

- **Actualizare studii/specialitate/competența profesională**
  - Copie diplomă de grad principal..... ☐
  - Copia diplomei de absolvire a ..... ☐
  - Copie supliment descriptiv diploma de absolvire..... ☐
  - Copie adeverinta/certificat de absolvire a specializării ..... ☐
  - Certificat de membru ..... ☐
  - Copie Certificat de Reatestare a competenței profesionale..... ☐

- **Actualizare angajare/suspendare/întrerupere activitate**
  - Copie decizie..... ☐

(*)- Se marchează cu x căsuța corespunzătoare documentul anexat!

Declar pe proprie răspundere că:

[ ] Sunt de acord cu prelucrarea şi păstrarea datelor în scop statistic, de către OAMGMAMR filiala Constanţa, a numărului meu de telefon şi adresei de e-mail pentru operarea în Registrul Unic Naţional al Asistenţilor Medicali din România şi utilizarea acestora în comunicarea cu mine.

Telefon. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, e-mail ..... @.....

Data, Semnătura,

Domnului Președinte al O.A.M.G.M.A.M.R. filiala Constanța