ANEXA

O.A.M.G.M.A.M.R. - Filiala Constanţa

C E R E R E

Domnule/Doamnă Preşedinte,

Subsemnatul(a), nume ....., prenume ....., profesia ....., domiciliat(ă) în str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ..., et. ....., localitatea ....., sectorul/judeţul ....., telefon nr. ……....., după caz, prin împuternicit nume ....., prenume ....., posesor al CI seria .... nr. ....., cu Împuternicirea notarială ..... nr. ……., data ……....., vă rog să binevoiţi a-mi aproba completarea Formularului-chestionar în vederea exercitării profesiei în afara graniţelor Uniunii Europene.

Menţionez că:

|_| sunt membru OAMGMAMR - Filiala ……. şi titular al Certificatului de membru seria ..... nr. ……....;

|_| exercit în prezent profesia de ....., după caz, în calitate de:

|_| salariat la (denumirea unităţii de încadrare, adresa, tel., e-mail) .....
.....

|_| titular al cabinetului individual (denumirea, adresa, tel., e-mail) .....
.....

|_| persoană fizică independentă în cadrul (denumirea unităţii sanitare, adresa, tel., e-mail)
.....

|_| Am deţinut calitatea de membru OAMGMAMR - Filiala ..... cu Certificatul de membru seria ..... nr. ..... până la data de ..... şi am exercitat profesia de ....., pe teritoriul României, până la data de ..... în cadrul (denumirea unităţii sanitare, adresa, tel., e-mail) ....., în calitate de:

|_| salariat |_| titular de cabinet |_| persoană fizică independentă |_| voluntar.

|_| Nu sunt membru OAMGMAMR.

|_| Declar pe propria răspundere că în prezent nu exercit profesia de : ……..
în România.

|_| Sunt de acord cu prelucrarea, în condiţiile legii, a datelor mele personale, de către OAMGMAMR - Filiala Constanţa în vederea complerării Formularului-chestionar necesar în vederea exercitării profesiei de …… în afara graniţelor Uniunii Europene.

|_| Solicit transmiterea Formularului-chestionar necesar în vederea exercitării profesiei în afara graniţelor Uniunii Europene către …….. (denumirea autorităţii competente din statul terţ), adresa …….

Anexez prezentei cereri următoarele acte:

|_| copia C.I./paşaport; |_| copia actului din care rezultă dubla cetăţenie;

|_| copia certificatului de căsătorie/documentului de schimbare a numelui;

|_| copii de pe documentele de studii care atestă formarea în profesia de .....;

|_| copia titlului de calificare de…….…… obţinut în străinătate şi a documentului de recunoaştere a calificării in Romania;

|_| copia foii matricole/suplimentului la diplomă;

|_| adeverinţa eliberată de unitatea de învăţământ formatoare din care rezultă autenticitatea titlului de calificare, perioada de înmatriculare la studii, sesiunea de promovare a examenului final, în original;

|_| adeverinţa din care rezultă:

|_| denumirea oficială a unităţii sanitare de încadrare;

|_| denumirea oficială a unităţii de exercitare a profesiei pe bază de contract de voluntariat;

|_| denumirea oficială a cabinetului de practică independentă de exercitare a profesiei, la data cererii;

|_| data şi funcţia de încadrare sau, după caz, calitatea de voluntar, de titular de cabinet sau de persoană fizică independentă;

|_| concediile, la data solicitării:

|_| pentru incapacitate temporară de muncă;

|_| pentru îngrijire copil;

|_| fără plată;

|_| certificat de cazier judiciar, în original;

|_| dovada achitării taxei de eliberare.

Subsemnatul(a),…….. îmi asum responsabilitatea autenticității documentelor depuse.

Data Semnătura

....