ANEXA 2

O.A.M.G.M.A.M.R. - Filiala Constanta

CERERE

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 eliberarea unui certificat de status profesional curent, necesar în vederea:

|_| stabilirii relaţiilor contractuale pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri de sănătate, la cererea angajatorului;

|_| exercitării profesiei în afara graniţelor României.

Menţionez că:

|_| sunt membru OAMGMAMR - Filiala Constanta 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 Constanta în vederea eliberării certificatului de status profesional curent.

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 obţinut în străinătate şi a documentului de recunoaştere a calificării;

|_| copia foii matricole/suplimentului la diplomă;

|_| copii de pe documente care atestă specializarea postbază;

|_| adeverinţa din care rezultă perioada şcolarizării, în original;

|_| adeverinţa din care rezultă perioada specializării postbază, în original;

|_| copia certificatului/adeverinţei de promovare a examenului de grad principal;

|_| copia adeverinţei/certificatului prin care se atestă efectuarea programului special de revalorizare a calificării;

|_| documente din care să rezulte:

- |_| 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 autenticităţii documentelor depuse.

Data ..... Semnătura .....