

Nr. Inregistrare: ..... / .....

Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA CONSTANȚA

**Cerere eliberare Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei în anul 2020**

**(PREZENTUL FORMULAR SE COMPLETEAZĂ LIZIBIL NUMAI CU MAJUSCULE / LITERE DE TIPAR)**

Subsemnatul(a), .....

C.N.P. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, nume purtat anterior .....

domiciliat(ă) în localitatea ....., Str. .... Nr. ...., bl. ...., sc. ...., et.

..., ap. ...., Jud. ...., Telefon. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, e\_mail

.....@....., posesor/(oare) al/(a) **Certificatului de membru seria** .....

**nr.** ..... eliberat de **OAMGMAMR** filiala ....., declar că sunt angajat/(ă) cu funcția de bază la

....., în funcția de ....., cu contract de muncă pe

perioadă ( [ ] nedeterminată / [ ] determinată, până în data de ..... ) și vă rog să îmi aprobați eliberarea

**Avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei pe anul 2020** în specialitatea:

**Anexez prezentei cereri următoarele documente:**

- Certificatul de Membru OAMGMAMR în original;**
  - Copie C.I. pe care o declar conformă cu originalul;
  - Copia xerox a poliței de asigurare civilă** pentru greșeli în activitatea profesională pentru perioada 01.01.2020 – 31.12.2020, certificată conform cu originalul;
  - Copii documente privind locul/(rile) de muncă, (CIM/ Încetare CIM/ Decizie /Act Adițional CIM);
  - Extras REVISAL** (termen de valabilitate **7 zile de la emitere**) pentru calculul cotizației;
  - Alte documente privind alte modificări .....
- .....
- Am luat la cunoștință de prevederile legale privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moașă, respectiv asistent medical pe teritoriul României și că această profesie este incompatibilă cu orice acțiune de orice natură ce aduce atingere demnității profesionale sau bunelor moravuri, conform Codului de Etică și Deontologie al OAMGMAMR;*
  - Mă angajez că voi informa, în maxim 30 de zile, OAMGMAMR filiala Constanța de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărută ulterior înregistrării mele în organizația profesională;*
  - Am luat la cunoștință faptul că nerealizarea creditelor anuale și/sau neplata cotizației de membru pentru o perioadă de maxim 6 (șase) luni atrag după sine suspendarea calității de membru și dreptul de liberă practică până la comunicarea îndeplinirii acestor obligații către OAMGMAMR;*
  - De asemenea, prin prezenta, îmi exprim acordul fără echivoc ca datele mele cu caracter personal să fie prelucrate de OAMGMAMR filiala Constanța în conformitate cu dispozițiile Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR filiala Constanța.*

Data:

Semnătura titular:

 **Verificat** OAMGMAMR fil. Constanța .....

 **Prelucrat** OAMGMAMR fil. Constanța .....