

Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de OAMGMAMR filiala Constanța, în conformitate cu prevederile regulamentului UE nr. 679/2016, în scopul îndeplinirii obligațiilor legale privind controlul și supravegherea exercitării profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, conform politicilor interne de prelucrare a datelor cu caracter personal.

Nr. Inreg.: Data:

Către,
O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA CONSTANȚA

Domnule Președinte,

Subsemnatul(a).....domiciliat(ă) în.....
str....., nr....., bloc....., scara....., etajul....., ap....., județ /
sector....., telefon |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| e-mail..... , act de
identitate, seria....., nr....., eliberat de....., la data..... C.N.P.
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, înregistrat în Registrul unic al OAMGMAMR în
filiala....., posesor al Certificatului de membru seria..... nr.....,
vă rog să îmi aprobați cererea de transfer din filiala....., în
filiala..... din următoarele motive:

.....
.....
.....

Declar pe proprie răspundere că:
[] Sunt de acord cu prelucrarea, precum și păstrarea datelor în scop statistic, de către OAMGMAMR filiala Constanța a numărului meu de telefon și a adresei de e-mail pentru operarea în Registrul Unic Național al Asistenților Medicali din România și în comunicarea cu mine.

Telefon. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail

Data	Semnătura
------	-----------

În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate și mă oblig să aduc la cunoștința OAMGMAMR filiala Constanța, orice modificare a acestor date în termen de 30 de zile de la data apariției modificării. Declar că sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea OAMGMAMR filiala Constanța.

Data	Semnătura
------	-----------

Domnului Președinte al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România-filiala Constanța