Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de OAMGMAMR filiala Constanţa, în conformitate cu prevederile regulamentului UE nr. 679/2016, în scopul îndeplinirii obligaţiilor legale privind controlul şi supravegherea exercitării profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moaşă şi 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 CONSTANŢA

Domnule Preşedinte,

Subsemnatul(a)……domiciliat(ă) în……..... str…….., nr……, bloc……, scara….., etajul……., ap……, judeţ / 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 aprobaţi cererea de transfer din filiala……., în filiala..... din următoarele motive:

.....

.....

.....

Declar pe proprie răspundere că:
[ ] Sunt de acord cu prelucrarea, precum şi păstrarea datelor în scop statistic, de către OAMGMAMR filiala Constanţa a numărului meu de telefon şi a adresei de e-mail pentru operarea în Registrul Unic Naţional al Asistenţilor Medicali din România şi 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 şi mă oblig să aduc la cunoştinţa OAMGMAMR filiala Constanţa, orice modificare a acestor date în termen de 30 de zile de la data apariţiei modificării. Declar că sunt de acord să primesc notificări şi/sau informări din partea OAMGMAMR filiala Constanţa.

Data Semnătura

Domnului Preşedinte al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România-filiala Constanţa