DECLARAŢIE

Subsemnatul/a …… , domiciliat(ă) în ....., Str. ....., Nr. ..., Bl. …, Sc. …., Ap. …., asistent medical specialitatea ……..…… ……., posesor/are al Certificatului de Membru cu seria ……., nr. ……., CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, declar pe propria raspundere că nu am profesat ca asistent medical din data de ……. până în prezent / data: ……

Am luat la cunoştinţă de prevederile Codului Penal, art. 292, cu privire la falsul în declaraţii.

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 in 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