

Datele dumneavoastra personale sunt prelucrate de OAMGMAMR filiala Constanta, in conformitate cu prevederile regulamentului UE nr. 679/2016, in scopul indeplinirii obligatiilor legale privind controlul si supravegherea exercitarii profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moasa si a profesiei de asistent medical, conform politicilor interne de prelucrare a datelor cu caracter personal.

Nr. Inreg.: Data:

Domnule Preşedinte,

Subsemnatul(a).....

C.N.P. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, nume purtat anterior,
act identitate serie..... nr. domiciliat in oraş
str....., nr....., bl., sc., et....., ap....., judeţ

....., absolvent(ă) al(a),
....., promoția, cu diploma: seria, nr.,
specialitatea, solicit înscrierea în Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România (OAMGMAMR) filiala Constanţa şi eliberarea Certificatului de Membru, obligându-mă să plătesc taxa de înscriere şi cotizația conform prevederilor OUG nr. 144/2008, cu modificările şi completările ulterioare, privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moaşă şi a profesiei de asistent medical, precum si organizarea şi funcţionarea Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România şi a Statutului Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România.

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 cunoştinţă 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

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a....., CNP.....,
domiciliat/ă în localitatea....., strada,
nr., bl, ap., județ, telefon....., declar pe
proprie răspundere că îndeplinesc condițiile prevăzute de art. 14 și 15 din OUG
nr. 144/2008, cu modificările și competențele ulterioare, privind nedemnitățile și
incompatibilitățile respectiv:

- nu am suferit condamnări penale pentru săvârșirea unei infracțiuni legate de exercitarea profesiei de asistent medical generalist/ moașă / asistent medical;
- nu mi s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia;
- nu am săvârșit nici o acțiune de natură care aduce atingere demnității profesionale sau bunelor moravuri conform Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, moașei și al asistentului medical.

Am luat la cunoștință ca pe timpul stării de incompatibilitate dreptul de exercițiu al profesiei se suspendă.

Am luat la cunoștință de prevederile Codului Penal, art. 292, cu privire la falsul în declarații.

Data

.....

Semnătura

.....

JURĂMÂNTUL ASISTENTULUI MEDICAL

***“ÎN NUMELE VIETII ȘI AL ONOAREI,
JUR SĂ ÎMI EXERCIT PROFESIA CU DEMNITATE,
SĂ RESPECT FIINȚA UMANĂ ȘI DREPTURILE SALE
ȘI SĂ PĂSTREZ SECRETUL PROFESIONAL.
JUR CĂ NU VOI ÎNGĂDUI SĂ SE INTERPUNĂ ÎNTRE DATORIA
MEA ȘI PACIENT CONSIDERAȚII DE NAȚIONALITATE, RASĂ,
RELIGIE, APARTENENȚĂ POLITICĂ SAU STARE SOCIALĂ. VOI
PĂSTRA RESPECTUL DEPLIN PENTRU VIAȚA UMANĂ CHIA
SUB AMENINȚARE ȘI NU VOI UTILIZA CUNOȘTINȚELE MELE
MEDICALE CONTRAR LEGILOR UMANITĂȚII.
FAC ACEST JURĂMÂNT ÎN MOD SOLEMN ȘI LIBER!”***

Data:.....

Numele și prenumele

.....

Semnătura

.....

INFORMARE PRIVIND PROTECȚA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) Filiala Constanța în calitate de operator de date cu caracter personal, cu sediul în: Constanța, Str. Mihai Viteazu Nr. 81, Județul Constanța, prelucrează date cu caracter personal în scopul îndeplinirii obligațiilor legale ce îi revin în temeiul prevederilor OUG nr. 144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, aprobată prin Legea nr. 53/2014, cu modificările și completările ulterioare.

În scopul îndeplinirii obligațiilor legale privind controlul și supravegherea exercitării profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și, respectiv, a profesiei de asistent medical, OAMGMAMR prelucrează următoarele date cu caracter personal: nume și prenume, codul numeric personal, seria și numărul actului de identitate, data nașterii, locul nașterii, adresa de domiciliu/de corespondență, telefon, email, date privind starea civilă, cetățenia, starea de sănătate, abaterile disciplinare, locul de muncă, formarea profesională, venitul, cazierul judiciar.

Datele cu caracter personal menționate mai sus sunt destinate utilizării de către OAMGMAMR și pot fi comunicate următorilor destinatari: autorităților publice cu atribuții în domeniu, autorităților competente din celelalte state membre ale Uniunii Europene și altor destinatari care au legătură directă cu realizarea scopului pentru care sunt furnizate aceste date. Toate persoanele care vor avea acces ulterior la datele furnizate de către dumneavoastră semnează contracte de confidențialitate în acest sens.

Sunteți obligat(ă) să furnizați datele personale în mod corect, acestea fiind necesare în scopul determinat prin cadrul normativ în vigoare. Refuzul de a furniza datele solicitate determină imposibilitatea eliberării documentelor necesare exercitării profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical.

Datele personale menționate mai sus vor fi păstrate pe o perioadă de timp stabilită conform legislației specifice arhivării.

Pe lângă scopul îndeplinirii obligațiilor sale legale (prevăzute în Anexă), OAMGMAMR prelucrează date cu caracter personal în următoarele scopuri: implementarea de proiecte finanțate din fonduri europene, editarea revistei Ars Medica, comunicarea cu utilizatorii site-urilor web (www.oamr.ro, www.oamgmamr-constantia.ro, www.oamr-emc.ro/constantia) sau a rețelei de socializare facebook. În aceste situații, prelucrarea datelor personale se realizează în baza consimțământului utilizatorilor / persoanelor vizate.

Conform Regulament nr. 679 din 27 aprilie 2016 Regulamentul General privind protecția datelor aveți următoarele **drepturi**: de a vă retrage consimțământul pentru prelucrarea datelor, de a vă opune prelucrării datelor personale care vă privesc, de a solicita accesul la datele personale, rectificarea, ștergerea sau restricționarea prelucrării acestor date, precum și dreptul la portabilitatea datelor.

Pentru întrebări sau nelămuriri cu privire la prelucrarea datelor dvs. personale sau pentru exercitarea acestor drepturi, vă puteți adresa cu o cerere scrisă, datată și semnată OAMGMAMR Filiala Constanța, la următoarea adresă: Constanța, Str. Mihai Viteazu Nr. 81, Județul Constanța 0241.66.04.55 e-mail: oamr_cta2004@yahoo.com. Datele de contact ale responsabilului pentru protecția datelor al OAMGMAMR – aparat central sunt următoarele: email: dpo@oamr.ro, tel.021.224.00.55, fax. 021.224.00.25.

De asemenea, beneficiați de dreptul de a vă adresa cu o plângere, Autorității Naționale de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal (<http://www.dataprotection.ro/>) precum și de dreptul de a vă adresa justiției.

Nume si Prenume

CNP

Semnatura

***(SE COMPLETEAZA NUMAI CU LITERE DE TIPAR)

Serie si Nr. Certificat de membru OAMGMAMR

Data

DECLARAȚIE

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 cunoștință de prevederile Codului Penal, art. 292, cu privire la falsul
în declarații.

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 informații din partea OAMGMAMR filiala Constanța.

Data

Semnătura

Nr. Inregistrare _____ Data _____

Domnule Presedinte,

Subsemnatul/a _____

nume purtat anterior _____ CNP _____

angajat/a la _____ in functia de _____

specialitatea _____ depun urmatoarele documente pentru completarea
dosarului personal la OAMGMAMR Constanta:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Data: _____

Verificat documente

Semnatura: _____

Operat in R.U.
