

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

CĂTRE,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA CONSTANȚA

**Cerere eliberare Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei în anul 2021**

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

Subsemnatul(a)(nume și prenume) \_\_\_\_\_,

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

e\_mail \_\_\_\_\_, membru al OAMGMAMR filiala Constanța, angajat/(ă)

cu funcția de bază la \_\_\_\_\_, în funcția de \_\_\_\_\_,

vă rog să îmi aprobați eliberarea **Avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei valabil în anul 2021** în specialitatea: \_\_\_\_\_

**Anexez prezentei cereri următoarele documente, în format PDF. scanat LIZIBIL pe fond alb:**

- Polița de asigurare civilă** pentru greșeli în activitatea profesională pentru perioada **01.01.2021 – 31.12.2021**, pe care se va înscrie mențiunea 'conform cu originalul' și se va semna;
  - Extras din REVISAL** (Raport per salariat) semnat, stampilat și datat de către angajator, termen de valabilitate **10 zile de la data emiterii**, pentru calculul cotizației (excepție fac asistenții medicali din unitățile sanitare care virează cotizația de membru lunar);
  - Copie C.I.**, pentru actualizarea datelor în Registrul Unic ;
  - Documente privind locul de muncă** (CIM/ Decizie încetare CIM/Act Adițional prelungire CIM) – **numai în cazul în care de la obținerea ultimului aviz au intervenit modificări;**
  - Alte documente** privind alte modificări nedeclarate în statutul personal sau profesional (căsătorie, divorț, absolvire nouă specializare, etc.) .....
  - Certificat medical tip. A5** - numai pentru asistenții medicali pensionari.
- *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:

---