

Către,

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților Medicali din România,
Filiala Constanța

C E R E R E

de eliberare a adeverinței pentru întocmirea parafei profesionale

Subsemnatul, (numele)..... (prenumele).....,
C.N.P., telefon, e-mail,
membru al OAMGMAMR Filiala Constanța, având profesia de,
specialitatea:, vă rog să îmi aprobați cererea de eliberare a
unei adeverințe pentru întocmirea parafei profesionale.

- Mă angajez*** că voi informa, **în maximum 30 de zile**, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), Filiala Constanța despre orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior întocmirii parafei.
- Declar că am luat cunoștință de conținutul informării privind prelucrarea datelor*** cu caracter personal de către **Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților Medicali din România, Filiala Constanța**, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR, Filiala Constanța în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) nr.679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.

Data:

Numele și prenumele:

Semnătura:

Subsemnatul/a....., solicit transmiterea adeverinței pe
adresa de e-mail.....@.....