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

Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA CONSTANȚA

Cerere eliberare Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei în anul 2026

Subsemnatul *(nume)*.....*(inițiala tatălui)*.....*(prenume)*.....,

C.N.P. ....., telefon ....., email ....., membru al OAMGMAMR Filiala CONSTANȚA, declar că îmi exercit profesia de: asistent medical generalist / moașă / sau asistent medical (specialitatea): .....

□ **în regim salarial** cu Contract individual de muncă la unitatea: .....
....., secția: .....

□ **regim independent**: □ în calitate de PFI cu Contract prestari servicii la: .....
□ în calitate de titular al Cabinetului de Practică Independentă (C.P.I.).

□ în calitate de **Voluntar** cu Contract de voluntariat la:.....

vă rog să îmi aprobaţi eliberarea Avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei în regim:
□ **Salarial** , □ **P.F.I.** , □ **C.P.I.**, □ **Voluntar**.

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

- □ Copia poliței individuale de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru anul calendaristic pentru care se solicită avizul;
- □ Extras REVISAL (Raport per salariat) datat și certificat pentru conformitate de către angajator, termen de valabilitate 30 de zile de la data emiterii, pentru calculul cotizaţiei (*cu excepția salariaților cărora li se oprește cotizația pe stat și este virată de angajator*);
- □ Documente privind locul desfășurării activității (CIM/ Contract voluntariat/ Prestari Servicii, Adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ, Decizie încetare CIM/Act Adiţional prelungire CIM)- în cazul în care au intervenit modificări;
- □ Copia Certificatului de înregistrare Fiscală (CIF)
- □ Copia Certificatului de înregistrare a Cabinetului de Practică Independentă;
- □ Alte documente privind modificări apărute și nedeclarate în statutul profesional sau personal (copie C.I., documente schimbare nume, absolvire nouă specializare, etc., pentru actualizarea datelor în Registrul Unic Național);
- □ Certificat de sănătate fizică și psihică - numai pentru asistenţii medicali care exercită profesia după vârsta de 65 de ani.

Cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații, uzul de fals, precum și faptul că eventualele declaraţii inexacte sau false pot determina sancţiuni civile și/sau penale, declar că toate informațiile, datele și documentele furnizate sunt corecte și complete, nu mă aflu în stare de nedemnitate, incompatibilitate sau în altă situație care împiedică exercitarea profesiei la data depunerii cererii.

Data: ..... *Semnătura:* .....

□ **Mă angajez că voi informa, în maxim 30 de zile, OAMGMAMR** Filiala CONSTANȚA de orice schimbare privind statutul profesional şi/sau orice modificare a altor date personale apărută ulterior înregistrării mele în organizaţia profesională (concediu medical, concediu creștere copil, suspendare CIM din alte motive, etc.);

□ Declar că **am luat cunoștință** de conținutul Informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenţilor 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 dispoziţiile Regulamentului UE nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protectia datelor) în scopul îndeplinirii atribuţiilor legale ale OAMGMAMR.

Declar că **sunt/nu sunt** de acord să primesc notificări şi/sau informări din partea OAMGMAMR Filiala CONSTANȚA pe adresa personală de e-mail .....@....., unde îmi pot fi trimise și documente ce conțin datele mele cu caracter personal.

Documentele pot fi depuse sau ridicate de către solicitant sau de către împuternicit conform prevederilor legii.

Data: ..... Nume și prenume: .....

Semnătura: .....

NOTĂ: Cererea se completează cu majuscule şi se semnează personal de către solicitant.