



Aprob  
Președinte,

**Către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților  
Medicali din România - Filiala Arad  
Cerere pentru suspendarea calității de membru**

*NOTĂ: Cererea se completează lizibil, cu majuscule și se semnează personal de către solicitant!*

Subsemnatul/a, (numele, prenumele) \_\_\_\_\_ membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR)-Filiala Arad, având cod numeric personal (CNP) .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../..., numărul de telefon .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../..., adresa de e-mail: \_\_\_\_\_, vă rog să luați act de dorința mea de a mă suspenda din calitatea de membru al OAMGMAMR pe perioada ...../...../.....-...../...../....., pe motiv de \_\_\_\_\_.

Anexez prezentei cereri:

- certificatul de membru în original;
- avizul de liberă practică în original pe anul în curs (dacă este cazul);
- copii (conform cu originalul) ale documentelor justificative (documente medicale, decizii de suspendare a contractului de muncă, carnet de șomaj, dovada rezidenței în altă țară etc.);
- declarație pe propria răspundere în cazul lipsei locului de muncă în domeniu sau exercitarea unei alte profesii.

Declar că am luat cunoștință de conținutul informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala Arad, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR - Filiala Arad, 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 \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_