



C Ă T R E

**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI
ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA - FILIALA ARAD**

- În atenția D-nei Președinte Mirela Bălan -

Subsemnatul/a _____,
CNP: _____, domiciliat/ă în loc. _____,
str. _____, nr. _____, Bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____,
județul _____, posesor/posesoare al/ a BI/CI seria _____ nr. _____, nr.
tel.: _____, adresa de e-mail _____, de
profesie asistent medical/ soră medicală/ oficianț medical/ moașă (**subliniați cazul
conform**), specialitatea _____, nivel de studii: M/ PL/ SSD/ S (**încercuiți
cazul conform**), având gradul principal în specialitatea _____
(**completați dacă este cazul**), în prezent angajată în funcția
de _____ la _____
(**completați dacă este cazul sau completați "fără loc de muncă în prezent"**)

Prin prezenta vă rog să:

Alte mențiuni:

Anexez alăturat următoarele documente:

Subsemnatul/a declar că am luat cunoștință de conținutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România- Filiala Arad și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Arad, la data _____

Semnătura _____