

OAMGMAMR - Filiala Arad

CERERE

Doamnă Președinte,

Subsemnatul(a), nume _____, prenume _____, profesia _____, domiciliat(ă) în: str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, localitatea _____, județul _____, posesor al CI seria _____ nr. _____, nr. telefon _____, adresa de e-mail: _____ după caz, prin împuternicit nume _____, prenume _____, posesor al CI seria _____ nr. _____ cu Împuternicirea notarială _____ nr. _____, din data _____, vă rog să binevoiți a-mi aproba eliberarea unui **certificat de status profesional curent**, necesar în vederea:

stabilirii relațiilor contractuale pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri de sănătate, la cererea angajatorului;

exercitării profesiei în afara granițelor României.

Menționez că:

sunt membru OAMGMAMR - Filiala Arad și titular al Certificatului de membru seria _____ nr. _____, eliberat la data _____;

exercit în prezent profesia de _____, după caz, în calitate de:

salariat la (denumirea unității de încadrare, adresa, tel., e-mail) _____;

titular al cabinetului individual (denumirea, adresa, tel., e-mail) _____;

persoană fizică independentă în cadrul (denumirea unității sanitare, adresa, tel., e-mail) _____;

Am deținut calitatea de membru OAMGMAMR - Filiala Arad cu Certificatul de membru seria _____ nr. _____ până la data de _____ și am exercitat profesia de _____, pe teritoriul României, până la data de _____ în cadrul (denumirea unității sanitare,

adresa, telefon, e-mail) _____, în

calitate de:

- salariat
- titular de cabinet
- persoană fizică independent
- voluntar.

Nu sunt membru OAMGMAMR.

Declar pe propria răspundere că în prezent nu exercit profesia de _____ în România.

Sunt de acord cu prelucrarea, în condițiile legii, a datelor mele personale, de către OAMGMAMR - Filiala Arad în vederea eliberării certificatului de status profesional curent.

Anexez prezentei cereri următoarele acte:

- copia C.I./pașaport;
- copia actului din care rezultă dubla cetățenie;
- copia certificatului de căsătorie/documentului de schimbare a numelui;
- copii de pe documentele de studii care atestă formarea în profesia de _____;
- copia titlului de calificare obținut în străinătate și a documentului de recunoaștere a calificării;
- copia foii matricole/suplimentului la diplomă;
- copii de pe documente care atestă specializarea postbază;
- adeverința din care rezultă perioada școlarizării, în original;
- adeverința din care rezultă perioada specializării postbază, în original;
- copia certificatului/adeverinței de promovare a examenului de grad principal;
- copia adeverinței/certificatului prin care se atestă efectuarea programului special de revalorizare a calificării;

• **Documente din care să rezulte:**

- denumirea oficială a unității sanitare de încadrare;
- denumirea oficială a unității de exercitare a profesiei pe bază de contract de voluntariat;
- denumirea oficială a cabinetului de practică independentă de exercitare a profesiei, la data cererii;
- data și funcția de încadrare sau, după caz, calitatea de voluntar, de titular de cabinet sau de persoană fizică independentă;

• **Concediile, la data solicitării:**

- pentru incapacitate temporară de muncă;
- pentru îngrijire copil;
- fără plată;

- certificat de cazier judiciar, în original;
- dovada achitării taxei de eliberare.

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.

Data

Semnătura
