

Nr. Inregistrare: _____ / _____

Către,
Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România
FILIALA GORJ

CERERE

de eliberare a avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul _____

Subsemnatul (numele, inițiala tatălui, prenumele _____
C.N.P. _____, telefon _____, email _____

membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (O.A.M.G.M.A.M.R.), Filiala Gorj, declar că îmi exercit profesia de: asistent medical generalist/moașă/ asistent medical (specialitatea) _____;

☐ în regim salarial cu contract individual de muncă (C.I.M.) la unitatea: _____
_____ secția: _____;

☐ regim independent:

☐ în calitate de persoană fizică independentă (P.F.I.) 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: _____

și vă rog să îmi aprobați 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) semnat, ștampilat și datat de către angajator, cu termen de valabilitate 30 de zile de la data emiterii, pentru calculul cotizației (cu excepția salariaților cărora li se oprește cotizația pe ștatul de plată și este virată de angajator);
- ☐ documente privind locul desfășurării activității (C.I.M./ Contract de voluntariat/ prestari servicii, adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ, decizie de încetare a C.I.M./act adițional de prelungire a C.I.M.) – în cazul în care au intervenit modificări;
- ☐ copia certificatului de înregistrare fiscală (C.I.F.);
- ☐ 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 de schimbare a numelui, absolvirea unei noi specializări, etc., pentru actualizarea datelor în Registrul național unic al asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali din România);
- ☐ certificat de sănătate fizică și psihică - numai pentru asistenții 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 declarații inexacte sau false pot determina sancțiuni civile și/sau penale, declar că toate informațiile, datele și

documentele furnizate sunt corecte și complete și că 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, O.A.M.G.M.A.M.R., Filiala Gorj, de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior înregistrării mele în organizația profesională (concediu medical, concediu de creștere a copilului, suspendarea C.I.M. din alte motive etc);
- ☐ 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 Gorj, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către O.A.M.G.M.A.M.R., Filiala Gorj, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (U.E.) 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/C.E. (Regulamentul general privind protecția datelor), în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale O.A.M.G.M.A.M.R.

Declar că sunt/nu sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea O.A.M.G.M.A.M.R., Filiala Gorj, 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: _____

Numele și prenumele: _____

Semnătura: _____

NOTĂ: Cererea se completează cu majuscule și se semnează PERSONAL de către solicitant.