

Nr. _____ / _____

Către,

OAMGMAMR FILIALA BISTRIȚA-NĂSĂUD
Cerere eliberare Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul _____

I. Subsemnatul/a _____ ,

CNP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, **telefon:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|,

E-mail: _____ @ _____

membru al OAMGMAMR Filiala Bistrița-Năsăud, declar că îmi exercit profesia de:

asistent medical generalist, moașă asistent medical (specialitatea): _____

În regim:

salarial (cu CIM) la:

1. _____ (denumirea unității angajatoare)

2. _____ (denumirea unității angajatoare pentru al
doilea loc de muncă, dacă este cazul)

regim independent:

în calitate de PFI, în contract cu: _____

în calitate de titular al CPI: _____

ca voluntar cu Contract de voluntariat la: _____,

vă rog să îmi aprobați eliberarea Avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei în regim:

salarial independent voluntar

II. Anexez prezentei cereri:

copia/copiile poliței/polițelor individuale de asigurare de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru întreg anul calendaristic pentru care solicit avizul;

extras REVISAL (RAPORT/salariat) semnat de angajator, stampilat de angajator, cu termen de valabilitate 30 de zile de la data emiterii (pentru asistenții medicali cărora nu li se reține cotizația pe stat de plată);

alte documente care atestă exercitarea legală a profesiei (CIM, contract prestări servicii, contract voluntariat, adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ etc. – la primul aviz sau dacă au intervenit modificări la documentele depuse anterior);

copia certificatului înregistrare fiscală (pentru PFI – la primul aviz anual);

copia certificatului de înregistrare a Cabinetului de Practică Independentă (la primul aviz anual);

certificat de sănătate fizică și psihică (numai pentru asistenții medicali care exercită profesia după vârsta de 65 de ani);

alte documente privind modificări apărute și nedeclarate în statutul profesional sau personal (copie CI, documente schimbare nume, documente de studii altele decât cele înregistrate în Registrul Unic Național);

III. Subsemnatul/a, _____ , cunoscând

prevederile legale privind falsul în declarații, uzul de fals, precum și faptul că eventualele declarații inexacte sau false pot determina sancțiuni civile sau penale, **declar pe propria răspundere** că toate informațiile, datele și documentele furnizate sunt corecte și complete și îmi asum autenticitatea documentelor depuse;

1. Declar pe proprie răspundere că:

NU mă aflu/MĂ aflu într-o situație de nedemnitate, incompatibilitate sau în altă situație să-mi interzică sau restricționeze dreptul de exercitare a profesiei;

NU mi s-a aplicat nicio sancțiune/pedeapsă care să-mi interzică sau restricționeze dreptul de exercitare a profesiei de asistent medical/moașă prin hotărâre judecătorească definitivă sau printr-o hotărâre/decizie disciplinară;

AM fost sancționat pentru _____ , conform deciziei/hotărârii nr. _____ / _____ , anexată în copie;

2. Mă angajez că voi informa , în maxim 30 de zile, OAMGMAMR Filiala Bistrița-Năsăud de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior înregistrării mele în organizația profesională (*concedii medicale/îngrijire copil, schimbare nume, suspendare/încetare contract de muncă/prestări servicii etc.*)

3. Declar că am luat cunoștință de conținutul Informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților Medicali din România, Filiala Bistrița-Năsăud, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR Filiala Bistrița-Năsăud în conformitate cu dispozițiile Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.

SUNT de acord să primesc notificări, informări, inclusiv documente care conțin datele mele cu caracter personal, din partea OAMGMAMR Filiala Bistrița-Năsăud, pe adresa personală de email sau pe numărul de telefon precizate în această cerere;

SUNT/NU SUNT de acord cu transmiterea unei copii a avizului către angajator, la solicitarea acestuia;

NU SUNT de acord cu transmiterea și primirea prin poștă electronică a documentelor care conțin datele mele cu caracter personal. Mă voi prezenta personal pentru depunerea și ridicarea acestora.

Data
____/____/____

Nume, prenume _____

Semnătura _____

NOTĂ:

1. Cererea se completează CU MAJUSCULE și se semnează PERSONAL de către SOLICITANT!

2. Cererea completată, semnată și documentele anexate se pot trimite SCANATE (doar în format PDF), pe adresa de email: avizare@oamrbn.ro

ÎMPUTERNICIRE

(Se completează doar de către persoanele care împuternicesc o altă persoană pentru depunerea cererii/documentelor și ridicarea avizului)

Subsemnatul/a _____ ,

cu CNP _____ , membru al OAMGMARM Filiala Bistrița-Năsăud,

împuternicesc pe dl/dna _____ , CNP

_____ legitimat/ă cu BI/CI seria _____ , nr. _____ , să depună în numele

meu actele necesare eliberării Avizului anual și să ridice avizul de la OAMGMAMR Filiala Bistrița-Năsăud.

Data
____/____/____

Semnătura,
