**CERERE DE ÎNSCRIERE**

*Doamnă/Domnule Preşedinte****,***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Subsemnatul/a | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| cu domiciliul în | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| absolvent al | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| de profesie moaşă/ asistent medical | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| în cadrul | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| data începerii activităţii în domeniul sanitar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| rog a se proceda la **ÎNSCRIEREA/REÎNSCRIEREA** subsemnatului/ei în Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România - Filiala BRAILA şi la **eliberarea Certificatului de membru**. Mă oblig, în calitate de membru al OAMGMAMR, **să plătesc taxa de înscriere și cotizaţia lunară**, conform OUG 144/2008 şi Statutului Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România. | | |
| ………………………………………………… cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România – Filiala BRAILA , în scopul îndeplinirii obligaţiilor legale ce-i revin conform Ordonanței de urgență nr.144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moaşă şi a profesiei de asistent medical, precum şi organizarea şi funcţionarea Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, aprobată prin Legea nr.53/2014, cu modificările şi completările ulterioare. | | |
| Subsemnatul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declar că am citit și înțeles informațiile referitoare la drepturile și obligațiile pe care le am în relația cu OAMGMAMR BRAILA , aspectele legate de exercitarea profesiei și condițiile de eliberare a diverselor documente: eliberarea certificatului de mebru/ adeverință, eliberarea avizului de libera practică, accesarea cursurilor de educație medicală continuă, condițiile pentru reatestarea profesională, cotizația lunară - mod de calcul și condiții de achitare, suspendarea sau întreruperea suspendării din calitatea de membru. | | |

Data, Semnătura,

*Doamnei/Domnului Preşedinte a Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România – Filiala* BRAILA

**EXTRAS DIN ORDONANŢA DE URGENŢĂ 144/2008 aprobată prin LEGEA 53/2014**

privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moaşă, asistent medical precum şi organizarea şi funcţionarea Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România

**ART. 14**

Este **NEDEMN** şi nu poate exercita profesia de asistent medical generalist, moaşă şi, respectiv, asistent medical:

a) asistentul medical generalist, moaşa şi, respectiv, asistentul medical care au fost condamnaţi definitiv pentru săvârşirea unei infracţiuni legate de exercitarea profesiei;

b) asistentul medical generalist, moaşa şi, respectiv, asistentul medical căruia i s-a aplicat interzicerea exercitării profesiei.

**ART. 15**

(1) Exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moaşă şi, respectiv, asistent medical este **INCOMPATIBILĂ** cu orice acţiune de natură a aduce atingere demnităţii profesionale de asistent medical generalist, moaşă şi, respectiv, asistent medical sau bunelor moravuri, conform Codului de etică şi deontologie al asistentului medical generalist, al moaşei şi al asistentului medical.

(2) Pe timpul stării de incompatibilitate se suspendă dreptul de exerciţiu al profesiei.

(3) În termen de 10 zile de la apariţia situaţiei de incompatibilitate, asistentul medical generalist, moaşa şi, respectiv, asistentul medical este obligat să anunţe filiala Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România al cărui membru este.

(4) La solicitarea asistentului medical generalist, moaşei şi, respectiv, asistentului medical, la sesizarea oricărei persoane, instituţii sau autorităţi interesate, preşedintele filialei Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România din care face parte persoana aflată în stare de incompatibilitate poate constitui o comisie pentru fiecare caz în parte, alcătuită din 3 membri care, după caz, pot fi asistenţi medicali generalişti, moaşe sau asistenţi medicali cu grad principal, pentru a constata existenţa sau inexistenţa stării de incompatibilitate.

**D E C L A R A T I E**

|  |
| --- |
| Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  cu domiciliul în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  legitimat cu CI/BI seria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numărul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  adresa de e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  de profesie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile Ordonanţei de Urgenţă 144/2008, precum şi pe cele ale Codului Penal privitoare la falsul în declaraţii, că nu mă aflu în vreunul din cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate specificate de art.14, art.15 din O.U.G. 144/2008.  Dau prezenta declaraţie spre a-mi servi la eliberarea Certificatului de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România. |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România în conformitate cu* **Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția Persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date***, în scopul îndeplinirii atribuţiilor legale ale OAMGMAMR.*