\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  Aprobat Preşedinte

# **CERERE DE ÎNCETARE A SUSPENDĂRII CALITĂȚII DE MEMBRU**

Subsemnatul/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

membru al Filialei BRAILA a Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având certificat de membru seria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vă rog să-mi aprobați încetarea suspendării calității de membru al OAMGMAMR BRAILA, începând cu data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, motivat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Anexez prezentei cereri:**

* **Cazierul judiciar - în original**
* **Certificatul de sănătate fizică si psihică- în original**
* **Dovada reluare activitate(dupa caz)**
* **Asigurare de raspundere civila(dupa caz)â**

**………………………….…………….…………… 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.**

Data, Semnătura,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# *Doamnei/Domnului Preşedinte a Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România - Filiala* BRAILA

|  |
| --- |
| **\* Prin întreruperea suspendării din calitatea de membru vă bucuraţi de toate drepturile şi obligaţiile ce decurg din aceasta – dreptul de exercitare a profesiei şi obligaţia de plată a cotizaţiei.** |
| **Am ridicat astăzi, ...................................., certificatul de membru seria .............. nr. ................................** **Numele …………………….. Prenumele ……………………….. Semnătura ……………………………** |