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

# Aprobat Preşedinte

C E R E R E

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

membru al Filialei BRAILA a Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă adresez rugămintea de a aproba prezenta cerere prin care solicit **reînnoirea certificatului de membru și/sau eliberarea avizului** pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, motivat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Mentionez că în perioada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ am exercitat profesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Menționez că **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** solicitat suspendarea din calitatea de membru și **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** achitat obligațiile restante la zi.

Anexez următoarele documente:

* **Cazierul judiciar - în original;**
* **Certificatul de sănătate fizică si psihică- în original;**
* **Dovada reluare activitate (după caz);**
* **Asigurare de răspundere civilă (după caz);**
* **Dovadă înregistrare profesională, recunoaștere studii – în traducere legalizată;**
* **Dovadă durată exercitare profesie în străinătate: adeverință sau contract de muncă** **– în traducere legalizată;**
* **Dovadă că nu au existat abateri de la etica și deontologia profesională, precum și că nu au fost dispuse sancțiuni – în traducere legalizată;**

**………………………….…………….…………… 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

|  |
| --- |
| **Am ridicat astăzi, ...................................., certificatul de membru/ aviz anual seria ............ nr. ....................................**  **Numele ……………............……….. Prenumele ………..............……………….. Semnătura ……………….....………** |