Înregistrat astăzi,

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

# Aprobat Preşedinte

# **CERERE DE SUSPENDARE A 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 luați act de dorința mea de a mă suspenda din calitatea de membru al OAMGMAMR pe perioada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ motivat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Anexez prezentei cereri:

* Certificatul de Membru
* Avizul de liberă practică în original pe anul in curs, după caz;
* Copii (conform cu originalul) ale documentelor justificative (documente medicale, decizii de suspendare a contractului de muncă, carnet de șomaj, dovada rezidenței în altă țară etc.)
* Declarație pe propria răspundere\* (**SE COMPLETEAZĂ NUMAI DE CĂTRE SOLICITANȚII CARE, LA DATA DEPUNERII CERERII, NU EXERCITĂ PROFESIA)**.

|  |
| --- |
| **\*D E C L A R A Ț I E**  Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile legii penale cu privire la falsul în declarații, că, la data prezentei cereri nu exercit profesia de asistent medical generalist/moașă/asistent medical pe teritoriul României. Drept pentru care dau și semnez prezenta declarație.  Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semnătura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**………………………….…………….…………… 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,

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

|  |
| --- |
| Pe durata suspendării:   * **NU AVEȚI DREPTUL DE A PROFESA PE TERITORIUL ROMÂNIEI;** * **NU AVEŢI OBLIGAŢIA DE PLATĂ A COTIZAŢIEI;** * **NU AVETI OBLIGAȚIA DE** **REALIZARE A CREDITELOR EMC;** |
|  |
| Acte necesare pentru reluarea activității:  **CAZIER JUDICIAR;**  **CERTIFICAT DE SĂNĂTATE FIZICĂ ȘI PSIHICĂ;**  **DOVADA RELUĂRII ACTIVITĂȚII, după caz;**  **ASIGURARE DE RĂSPUNDERE CIVILĂ, după caz;** |