# ***CERERE DE ELIBERARE DUPLICAT***

# *Doamnă/Domnule Preşedinte,*

Subsemnatul/a …..........................................................................................................., CNP .............................................

cu domiciliul în ......................................................................................................................................................................,

de profesie ...............................................................................................................................................................................

membru/membră a Filialei BRAILA a Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, vă rog să-mi aprobaţi prezenta cerere prin care solicit eliberarea duplicatelor pentru următoarele documente:

* CERTIFICAT DE MEMBRU
* DIPLOME DE PARTICIPARE LA CURSURILE DE EMC

Motivele care stau la baza solicitării prezentului duplicat sunt ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

1. Copia actului pierdut (dacă există);
2. Copia actului de identitate;
3. Dovada publicării în Monitorul Oficial al României sau într-un cotidian de largă circulaţie a pierderii, furtului, distrugerii, deteriorării actului respectiv.

**………………………….…………….…………… 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