



**Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România  
– Filiala Brăila**

Adresa : Braila , str.Grivita nr.82  
Tel./fax : 0239-611863  
E-mail : [secretariat@oamr-braila.ro](mailto:secretariat@oamr-braila.ro)

Nr. Inregistrare: ..... / .....

***Cerere eliberare Aviz pentru exercitarea profesiei /an 2023***

**(PREZENTUL FORMULAR SE COMPLETEAZĂ CU PIX CU PASTĂ ALBASTRĂ LIZIBIL, NUMAI CU MAJUSCULE)**

Subsemnatul/(a)(nume și prenume)

....., C.N.P.  
....., telefon ....., membru al OAMGMAMR filiala  
**BRĂILA, declar că îmi exercit profesia de: asistent medical / moașă – în specialitatea**

în regim salarial cu Contract individual de muncă la unitatea: .....

....., Secția: .....

în regim independent cu Contract prestari servicii la

Voluntar cu Contract de voluntariat la .....

vă rog să îmi aprobați eliberarea Avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei valabil pentru anul 2023

**(CERERILE CARE NU AU BIFATE CĂSUȚELE CORESPUNZĂTOARE ȘI DOCUMENTELE ANEXATE NU SE PROCESEAZĂ)**

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

Polița de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională pentru perioada **01.01.2023 – 31.12.2023**;

Extras REVISAL (Raport per salariat) semnat, stampilat și datat de către angajator, termen de valabilitate **30 zile de la data emiterii**, pentru calculul cotizației (*cu excepția salariaților cărora li se oprește cotizația pe ștat și este virată de angajator*) sau **adeverință de salariat** înregistrată, semnată și șampilată de angajator prin care se dovedește funcția, salariul de încadrare, norma de lucru.

**Dovada platii cotizatiei la zi, dupa caz (doar pentru membrii carora nu li se opreste cotizatia de membru pe statul de plata).**

Copie carte de identitate, pentru actualizarea datelor în Registrul Unic;

Certificat înregistrare ANAF (NUMAI pentru P.F.I.);

Documente privind locul de muncă (CIM/ Contract voluntariat/ Prestari Servicii, Decizie încetare CIM/Act Adițional prelungire CIM) – **în cazul în care au intervenit modificări**;

Alte documente privind alte modificări nedeclarate în statutul personal sau profesional (căsătorie, divorț, absolvire nouă specializare, etc.) .....

Certificat medical tip. A5 - numai pentru asistenții medicali pensionari.



**Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România  
– Filiala Brăila**

Adresa : Braila , str.Grivita nr.82  
Tel./fax : 0239-611863  
E-mail : [secretariat@oamr-braila.ro](mailto:secretariat@oamr-braila.ro)

**(CERERILE CARE NU AU BIFATE CĂSUȚELE CORESPUNZĂTOARE ȘI /SAU INCOMPLETE  
NU SE PROCESEAZĂ)**

**Declar că am luat la cunoștință de prevederile legale privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moașă, respectiv asistent medical pe teritoriul României și că această profesie este incompatibilă cu orice acțiune de orice natură ce aduce atingere demnității profesionale sau bunelor moravuri, conform Codului de Etică și Deontologie al OAMGMAMR și:**

**• Am fost / Nu am fost cercetat și/sau condamnat penal privind exercitarea profesiei;**

*(se va tăia cu o linie ceea ce nu este conform realității)*

**Mă angajez că voi informa, în maxim 30 de zile, OAMGMAMR filiala BRĂILA de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărută ulterior înregistrării mele în organizația profesională;**

**Declar că am luat cunoștință de conținutul Informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Filiala BRĂILA, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR filiala BRĂILA în conformitate cu dispozițiile Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.**

**Sunt / Nu sunt de acord cu prelucrarea, precum și păstrarea datelor în scop statistic, de către OAMGMAMR filiala BRĂILA a numărului meu de telefon și a adresei de e-mail pentru operarea în Registrul Unic Național al Asistenților Medicali din România și în comunicarea cu mine, în scopul exercitării profesiei.**

**Declar că sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea OAMGMAMR filiala BRĂILA pe adresa personală de e-mail ....., unde îmi pot fi trimise și documente ce conțin datele mele cu caracter personal și îmi asum responsabilitatea pentru acuratețea și securitatea datelor și documentelor transmise de la/către această adresă de e-mail.**

Cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații, uzul de fals, precum și faptul că eventualele declarații inexacte sau false pot determina sancțiuni civile sau penale, declar că toate informațiile, datele și documentele furnizate sunt corecte și complete, nu mă aflu în stare de nedemnită, incompatibilitatea sau în altă situație care împiedică exercitarea profesiei **la data depunerii cererii.**

Împuternicesc prin prezenta pe doamna/domnul ..... în calitate de ....., tel.contact ....., va depune documentele necesare în vederea obținerii avizului de liberă practică și să-mi ridice avizul de liberă practică. (se completează doar dacă e cazul).

**Data: ..... Nume- prenume (solicitant aviz): .....**

**Semnătura: .....**