**Anexa nr. 2**

 **Către,**

**O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA BRĂILA**

**CERERE**

**eliberare adeverință pentru întocmirea parafei profesionale**

Subsemnatul, (nume) ……………………......(prenume)...................................................,

C.N.P.…………………..……,telefon………………...………,email....................................., membru al OAMGMAMR filiala **BRĂILA**, având profesia de ..........................................................................................................................................,

**vă rog să îmi aprobați cererea de eliberare a unei adeverințe pentru întocmirea parafei profesionale.**

□ ***Mă angajez*** *că voi informa,* ***în maxim 30 de zile****, OAMGMAMR filiala Brăila de orice schimbare privind statutul profesional şi/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior întocmirii parafei;*

*□* ***Declar că am luat cunoștință de conținutul Informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către******Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenţilor 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 dispoziţiile Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, în scopul îndeplinirii atribuţiilor legale ale OAMGMAMR.*

Data: ................................

Nume și prenume: ..............................................................

Semnătura: ........................................................................