CERERE pentru reatestarea competenţei profesionale

Către,

Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România -

Filiala Brăila

Subsemnatul/a, ......................................................., cu domiciliul în localitatea ,

str. ........................................, bl. ....., sc. ..., ap. ..., judeţul ...................., nr. telefon ,

adresă de e-mail ........................................., profesia ,

vă rog să îmi aprobaţi înscrierea la procedura de reatestare a competenţei profesionale. În acest

sens depun următoarele documente:

1. copie carte de identitate (CI);
2. dovada calităţii de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România;
3. adeverinţă care atestă starea de sănătate corespunzătoare, eliberată cu cel mult 6 luni anterior de către medicul de familie / certificat de sănătate fizică şi psihică;
4. avizul psihologic;
5. cazier judiciar;
6. documente care să ateste experiența profesională dobândită anterior în exercitarea profesiei;
7. dovada achitării taxei pentru reatestarea competenţei profesionale.

Subsemnatul/a, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declaraţii, declar pe propria răspundere faptul că nu am antecedente penale, respectiv nu am fost condamnat pentru săvârşirea unei infracţiuni legate de exercitarea profesiei.

Subsemnatul/a declar că am luat cunoştinţă de conţinutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România şi cunosc condiţiile privind exercitarea drepturilor mele.

|  |  |
| --- | --- |
| Data  ............................................................... | Semnătura  ............................................................... |