

Nr. Inregistrare: /

Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA BRĂILA

**Cerere eliberare Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei
pentru anul 2027**

Subsemnatul (nume).....(inițiala tatălui).....(prenume).....,

C.N.P.,telefon, membru al OAMGMAMR filiala BRĂILA,

declar că îmi exercit profesia de: asistent medical generalist / moașă /sau asistent medical (specialitatea):

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

☐ regim independent: ☐ în calitate de PFI cu Contract prestari servicii la:
☐ în calitate de titular al Cabinetului Indiv. de Practică Independentă

☐ Voluntar cu Contract de voluntariat la:.....

vă rog să îmi aprobați eliberarea Avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei în regim:

☐ Salarial, ☐ P.F.I., ☐ C.I.P.I., ☐ Voluntar:

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

- ☐ Copia poliței individuale de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, încheiată în mod obligatoriu INDIVIDUAL, valabilă pentru anul calendaristic pentru care se solicită avizul;
- ☐ Raport per salariat - extras REGES datat și certificat pentru conformitate de către angajator, termen de valabilitate 30 zile de la data emiterii, pentru calculul cotizației (cu excepția salariatilor cărora li se oprește cotizația pe ștat și este virată de angajator);
- ☐ Documente privind locul desfășurării activității (CIM/ Contract voluntariat/ Prestari Servicii, Adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ, Decizie încetare CIM/Act Adicional prelungire CIM) – în cazul în care au intervenit modificări;
- ☐ Copia Certificatului de înregistrare Fiscală (CIF)
- ☐ Copia Certificatului de înregistrare a Cabinetului Indiv. de Practică Independentă;
- ☐ Alte documente privind modificări apărute și nedecarate în statutul profesional sau personal (copie C.I., documente schimbare nume, absolvire nouă specializare, etc., pentru actualizarea datelor în Registrul Unic Național);
- ☐ Certificat medical tip. A5 - numai pentru asistenții medicali care exercită profesia după vârsta de 65 de ani.

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

Data:

Semnătura:

☐ **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 și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.

Declar că sunt/ **nu 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 .

Documentele pot fi depuse sau ridicate de către solicitant sau de către împuternicit conform prevederilor legii.

Data:

Nume și prenume:

Semnătura:

NOTĂ: Cererea se completează cu majuscule și se semnează **PERSONAL** de către solicitant.