ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI,
MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI
DIN ROMÂNIA - FILIALA ARAD

Tel. 0257.338.460
Tel. 0734.112.687
Email: office@oamgmamr-arad.ro
Email: ar-secretariat@oamr.ro
Website: www.oamgmamr-arad.ro

Către,

OAMGMAMR FILIALA ARAD

Cerere eliberare Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul _____

Subsemnatul (nume) _____(inițiala tatălui) ___ (prenume) _____

CNP _____ , telefon _____, email _____CI.seria_____

NR. _____ adresa _____membru

al OAMGMAMR filiala Arad, 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 de Practică Independentă (C.P.I.).

❑ Voluntar cu Contract de voluntariat la _____

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

❑ Salarial ❑ P.F.I. ❑ C.P.I. ❑ Voluntar

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

❑ Copia poliței individuale de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru anul calendaristic pentru care se solicită avizul;

❑ Extras REVISAL (Raport per salariat) semnat, ștampilat și datat de către angajator, cu termen de valabilitate 30 de zile de la data emiterii, pentru calculul cotizației (cu excepția salariaților cărora li se oprește cotizația pe stat și este virată de angajator);

❑ Documente privind locul desfășurării activității (CIM/ Contract voluntariat/ Prestări servicii, Adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ, Decizie încetare CIM/Act Adițional prelungire CIM) — în cazul în care au intervenit modificări;

❑ Copia Certificatului de înregistrare Fiscală (CIF)

❑ Copia Certificatului de înregistrare a Cabinetului de Practică independentă;

❑ Alte documente privind modificări apărute și nedeclarate în statutul profesional sau personal (copie C.I., documente schimbare nume, absolvire nouă specializare etc., pentru actualizarea datelor în Registrul Unic Național);

❑ Certificat de sănătate fizică și psihică - 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 Arad de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior înregistrării mele în organizația profesională (concediu medical, concediu creștere copil, suspendare CIM din alte motive etc);*

❑ *Declar că am luat cunoștință de conținutul Informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor Asistenților Medicali din România, Filiala Arad, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR filiala Arad 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".*

❑ *Declar că sunt/ nu sunt de acord să primesc notrficări și/sau informări din partea OAMGMAMR filiala Arad pe adresa personală de e-mail: _____ , unde îmi pot fi trimise si 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.