

## CERERE TIP

Către,

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

Subsemnatul/a ..... cu domiciliul în localitatea  
..... str. ...., bloc ....., sc. ...., ap. ...., județul  
....., nr. telefon ....., adresă e- mail .....,  
profesia ....., după caz prin ..... împuternicit în baza procurii  
speciale nr. .... din data de ....., vă rog să îmi eliberați documentul  
necesar recunoașterii titlului meu de calificare în celelalte state membre UE.

În acest sens, depun următoarele acte:

1. ...
2. ..
3. ...
4. ..
5. ..
6. ..
7. ..
8. ..
9. ..
- 10..
- 11..

Data

Semnătura