**CERERE**

**Doamnă Preşedinte,**

Subsemnatul(a), nume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prenume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, profesia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în: str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, sc.\_\_\_\_\_\_\_, et. \_\_\_\_\_, localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, judeţul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor al CI seria \_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr. telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adresa de e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ după caz, prin împuternicit nume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, prenume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor al CI seria \_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cu Împuternicirea notarială \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, din data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă rog să binevoiţi a-mi aproba eliberarea unui **certificat de status profesional curent**, necesar în vederea:

[] stabilirii relaţiilor contractuale pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri de sănătate, la cererea angajatorului;

[] exercitării profesiei în afara graniţelor României.

**Menţionez că:**

[] **Sunt membru** OAMGMAMR - Filiala Arad şi titular al Certificatului de membru seria \_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, eliberat la data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[] exercit în prezent profesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, după caz, în calitate de:

 salariat la (denumirea unităţii de încadrare, adresa, tel., e-mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 titular al cabinetului individual (denumirea, adresa, tel., e-mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 persoană fizică independentă în cadrul (denumirea unităţii sanitare, adresa, tel., e-mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[] **Am deţinut calitatea de membru** OAMGMAMR - Filiala Arad cu Certificatul de membru seria \_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ până la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ şi am exercitat profesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pe teritoriul României, până la data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în cadrul (denumirea unităţii sanitare, adresa, tel., e-mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în calitate de:

 [] salariat

[] titular de cabinet

[] persoană fizică independent

 [] voluntar.

[] **Nu sunt membru** OAMGMAMR.

[] **Declar pe propria răspundere** că în prezent nu exercit profesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în România.

[] **Sunt de acord cu prelucrarea, în condiţiile legii, a datelor mele personale**, de către OAMGMAMR - Filiala Arad în vederea eliberării certificatului de status profesional curent.

**Anexez** prezentei cereri următoarele acte:

[] copia C.I./paşaport;

[] copia actului din care rezultă dubla cetăţenie;

[] copia certificatului de căsătorie/documentului de schimbare a numelui;

[] copii de pe documentele de studii care atestă formarea în profesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[] copia titlului de calificare obţinut în străinătate şi a documentului de recunoaştere a calificării;

[] copia foii matricole/suplimentului la diplomă;

[] copii de pe documente care atestă specializarea postbază;

[] adeverinţa din care rezultă perioada şcolarizării, în original;

[] adeverinţa din care rezultă perioada specializării postbază, în original;

[] copia certificatului/adeverinţei de promovare a examenului de grad principal;

[] copia adeverinţei/certificatului prin care se atestă efectuarea programului special de revalorizare a calificării;

* **Documente din care să rezulte**:

[] denumirea oficială a unităţii sanitare de încadrare;

[] denumirea oficială a unităţii de exercitare a profesiei pe bază de contract de voluntariat;

[] denumirea oficială a cabinetului de practică independentă de exercitare a profesiei, la data cererii;

[] data şi funcţia de încadrare sau, după caz, calitatea de voluntar, de titular de cabinet sau de persoană fizică independentă.

* **Concediile, la data solicitării:**

[] pentru incapacitate temporară de muncă;

[] pentru îngrijire copil;

[] fără plată.

[] certificat de cazier judiciar, în original;

[] dovada achitării taxei de eliberare.

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, îmi asum responsabilitatea autenticității documentelor depuse.

Data Semnătura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_