



CERERE

Doamnă Președinte,

Subsemnatul(a), nume _____, prenume _____,
profesia _____, domiciliat(ă) în: str. _____ nr.
_____, bl. _____, sc. _____, et. _____, localitatea _____, județul
_____, 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 binevoiți a-mi aproba eliberarea unui **certificat de status
profesional curent**, necesar în vederea:

☐ stabilirii relațiilor contractuale pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri de sănătate, la
cererea angajatorului;

☐ exercitării profesiei în afara granițelor României.

Menționez că:

☐ **Sunt membru** OAMGMAMR - Filiala Arad și titular al Certificatului de membru seria
_____ nr. _____, eliberat la data _____;

☐ exercit în prezent profesia de _____, după caz, în calitate de:

☐ salariat la (denumirea unității de încadrare, adresa, tel., e-mail)
_____;

☐ titular al cabinetului individual (denumirea, adresa, tel., e-mail)
_____;

☐ persoană fizică independentă în cadrul (denumirea unității sanitare, adresa, tel., e-mail)
_____;

☐ **Am deținut calitatea de membru** OAMGMAMR - Filiala Arad cu Certificatul de
membru seria _____ nr. _____ până la data de _____ și am
exercitat profesia de _____, pe teritoriul României, până
la data de _____ în cadrul (denumirea unității 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 condițiile 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./pașaport;

☐ copia actului din care rezultă dubla cetățenie;

☐ 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 obținut în străinătate și a documentului de recunoaștere a calificării;

☐ copia foii matricole/suplimentului la diplomă;

☐ copii de pe documente care atestă specializarea postbază;

☐ adeverința din care rezultă perioada școlarizării, în original;

☐ adeverința din care rezultă perioada specializării postbază, în original;

☐ copia certificatului/adeverinței de promovare a examenului de grad principal;

☐ copia adeverinței/certificatului prin care se atestă efectuarea programului special de revalorizare a calificării;

• **Documente din care să rezulte:**

☐ denumirea oficială a unității sanitare de încadrare;

☐ denumirea oficială a unității 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 și funcția 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
