



CERERE

rearestare competență profesională

Către,

**Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali
din România- Filiala ARAD**

Subsemnatul/a, _____ cu domiciliul în
localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____,
sc.____, ap. _____, județul _____, nr. telefon _____,
adresă e-mail _____, profesia _____,

Vă rog să îmi aprobați înscrierea la procedura de **rearestare a competenței
profesionale.**

În acest sens depun următoarele documente:

1. Copia actului de identitate []
2. Copia certificatului de membru []
3. Taxa pentru rearestarea competenței profesionale []
4. Certificat de sănătate fizică și psihică []
5. Documente care atestă vechimea în exercitarea profesiei (copie carte de muncă, copie contract individual de muncă, adeverință angajator, raport REVISAL etc.)

Subsemnatul/a, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere faptul că nu am antecedente penale, respectiv nu am fost condamnat pentru săvârșirea unei infracțiuni legate de exercitarea profesiei.

Subsemnatul/a declar că am luat cunoștință de conținutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Data _____

Semnătura _____