

CERERE

Către,

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

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.
12.
13.
14.
15.

Data

Semnătura