

**CERERE PENTRU ELIBERAREA AVIZULUI DE LIBERA PRACTICĂ PENTRU ANUL 2023**

Subsemnatul(a), numele . . . . ., inițiala tatălui . . . . ., prenumele . . . . .

**Date personale:** CNP..... numele purtat anterior .....

data nașterii .....Localitatea.....Județul.....

cetățenia ..... Act identitate . . . . . serie . . . . . nr. . . . . eliberat

de....., la data de.....

**Adresă de domiciliu:** Str. . . . .nr. . . . .bl. . . . ., sc. . . . . et. . . . .ap. . . . .

orașul . . . . ., județul . . . . ., codul poștal ..... tel. fix / mobil

.....e-mail .....

**Titlul oficial de calificare Asistent Medical/ MOAȘĂ** .....

Instituția de învățământ absolvită . . . . .

promoția .....Diplomă (serie/număr/data eliberării) .....

**Pregătirea profesională**.....

Specialitatea . . . . .Grad PRINCIPAL anul.....

Pensionar cu decizia de pensionare din anul .....

**Solicit eliberarea AVIZULUI ANUAL DE LIBERĂ PRACTICĂ** pentru anul 2023 – PENTRU EXERCITAREA PROFESIEI IN REGIM SALARIAL la următorii angajatori, în specialitatea..... :

1. ....

2.....

- **Solicit eliberarea AVIZULUI ANUAL DE LIBERĂ PRACTICĂ** pentru anul 2023 – PENTRU EXERCITAREA PROFESIEI IN CALITATE DE P.F.I. pentru care anexez documentele legale care atestă exercitarea profesiei independent cu PFI în specialitatea .....

- **Solicit eliberarea AVIZULUI ANUAL DE LIBERĂ PRACTICĂ** – PENTRU EXERCITAREA PROFESIEI ca VOLUNTAR cu contract de voluntariat la .....

**CUNOSC PREVEDERILE ART. 14 DIN OUG 144/2008 cu toate actele modificatoare si DECLAR pe propria răspundere ( cunoscând riscurile falsului în declarații) că:**

- AM FOST / NU AM FOST condamnat definitiv pentru săvârșirea unei infracțiuni legate de exercitarea profesiei.....
- AM FOST / NU AM FOST condamnat definitiv și MI S-A APLICAT / NU MI S-A APLICAT pedeapsa interdicției de a exercita profesia de asistent medical prin hotărâre judecătorească sau disciplinară.....
- SUNT / NU SUNT cercetat în prezent într-un dosar de anchetă / cercetare penală pentru fapte/infracțiuni săvârșite în timpul exercitării profesiei de asistent medical / moașă și care au legătură cu îndeplinirea atribuțiilor funcției de asistent medical / moașă pentru care solicit eliberarea AVIZULUI .....

**ANEXEZ prezentei cereri, următoarele acte/copii acte, pentru eliberarea avizului pentru 2023:**

- copia C.I.;
- RAPORT PER SALARIAT DIN REVISAL de la angajator: semnat, ștampilat, emis la data depunerii cererii;
- Contractul de voluntariat încheiat cu unitatea sanitară acreditată / autorizată, în care exercit profesia de asistent medical / moașă în calitate de voluntar în anul 2023;
- Contractul de prestări servicii încheiat cu persoana juridică pentru exercitarea profesiei în mod independent în anul 2023 și atașez copia certificatului de înregistrare ca PFI.....
- copie după dovada plății cotizației de membru OAMGMAMR pentru anul.....
- Asigurare de răspundere civilă pentru malpraxis valabilă perioada 01.01.2023 – 31.12.2023
  - Pentru locul de muncă în regim salarial.....
  - Pentru voluntariat.....
  - Pentru PFI.....

Data .....

Semnez și îmi asum veridicitatea celor declarate în această cerere .....

Adresa e-mail pentru corespondență .....