**C E R E R E**

ELIBERAREA AVIZULUI ANUAL PENTRU EXERCITAREA PROFESIEI ANUL 2025

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în calitate de asistent medical șef secție/compartiment \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ din cadrul unității \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

solicit **în calitate de DELEGAT** eliberarea AVIZULUI ANUAL DE EXERCITARE A PROFESIEI pentru anul 2025 – pentru exercitarea profesiei în regim salarial pentru un număr de \_\_\_\_\_\_\_ asistenți medicali, membrii ai OAMGMAMR Filiala Vaslui, conform tabelului anexat.

Anexez prezentei cereri, următoarele acte/ copii acte, în vederea eliberării avizului pentru anul 2025:

* Copii cărți identitate \_\_\_\_\_\_\_ (numeric)
* Certificate de Membru în original \_\_\_\_\_ (numeric)
* Copii Asigurări de răspundere civilă valabile până la data de 31 decembrie 2025 \_\_\_\_\_\_\_\_ (numeric)
* Tabelul nominal cu asistenții medicali care solicită eliberarea avizului pentru anul 2025.

Data, Semnătura,

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

UNITATEA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secția \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asistent Șef / Coordonator \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TABEL NOMINAL CU ASISTENȚII MEDICALI CARE SOLICITĂ DE LA OAMGMAMR FILIALA VASLUI**

**ELIBERAREA AVIZULUI ANUAL ÎN VEDEREA EXERCITĂRII PROFESIEI PENTRU ANUL 2025**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. crt.** | **Numele și Prenumele** | **C.N.P.** | **Certificat de membru original**  **(DA/NU)** | **Asigurarea de malpraxis valabilă până la 31.12.2025**  **(DA/NU)** | **C.I.**  **(DA/NU)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Am predat, Am primit,