**Anexa la procedura**

**Nr. Inregistrare:** …….………....... / .................................

**Către,**

Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România

**FILIALA .......................**

**CERERE**

**de eliberare a avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul .............**

Subsemnatul (numele) …..…......................................……........................ (inițiala tatălui) ...... (prenumele) ..............................................................................., C.N.P. …………………………...……, telefon ……………...…………………, email .........................................................................@.................................., membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România (OAMGMAMR), Filiala Vaslui, declar că îmi exercit profesia de asistent medical generalist/ moașă/ asistent medical (specialitatea): .................................. ………….......…......….....…………………...............…………

□ în regim salarial cu contract individual de muncă (CIM) la unitatea: …………....…………………....…..., secția: ........................................................................................

□ regim independent: □ în calitate de persoană fizică independentă (P.F.I) cu contract prestari servicii la: ……………………..……….....……

□ în calitate de titular al Cabinetului de Practică Independentă (C.P.I.).

□ în calitate de voluntar cu contract de voluntariat la: ..................................................................................

și vă rog să îmi aprobaţi eliberarea Avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei în regim: □ Salarial, □ P.F.I., □ C.P.I., □ voluntar.

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

* copia poliței individuale de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru anul calendaristic pentru care se solicită avizul;
* extras REVISAL (Raport per salariat) semnat, ștampilat şi datat de către angajator, cu termen de valabilitate 30 de zile de la data emiterii, pentru calculul cotizaţiei (cu excepția salariaților cărora li se oprește cotizația pe ștatul de plată și este virată de angajator);
* documente privind locul desfășurării activității (CIM/ Contract de voluntariat/ prestari servicii, adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ, decizie de încetare a CIM/act adiţional de prelungire a CIM) – în cazul în care au intervenit modificări;
* copia certificatului de înregistrare fiscală (CIF);
* copia certificatului de înregistrare a cabinetului de practică independentă;
* alte documente privind modificări apărute și nedeclarate în statutul profesional sau personal (copie C.I., documente de schimbare a numelui, absolvirea unei noi specializări, etc., pentru actualizarea datelor în Registrul național unic al asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali din România);
* certificat de sănătate fizică și psihică - numai pentru asistenţii medicali care exercită profesia după vârsta de 65 de ani.

Cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații, uzul de fals, precum și faptul că eventualele declaraţii inexacte sau false pot determina sancţiuni civile și/sau penale, declar că toate informațiile, datele și documentele furnizate sunt corecte și complete și că nu mă aflu în stare de nedemnitate, incompatibilitate sau în altă situație care împiedică exercitarea profesieila data depunerii cererii.

Data: .................................... Semnătura: ....................................

* Mă angajez că voi informa, în maxim 30 de zile, OAMGMAMR, Filiala .........................., de orice schimbare privind statutul profesional şi/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior înregistrării mele în organizaţia profesională (concediu medical, concediu de crestere a copilului, suspendarea CIM din alte motive, etc);

□ Declar că am luat cunoștință de conținutul informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenţilor Medicali din România, Filiala ..................., cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR, Filiala .........................., în conformitate cu dispoziţiile Regulamentului (UE) nr.679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în scopul îndeplinirii atribuţiilor legale ale OAMGMAMR.

Declar că sunt/ nu sunt de acord să primesc notificări şi/sau informări din partea OAMGMAMR, Filiala .......................... pe adresa personală de e-mail: ................................................................@..............................., unde îmi pot fi trimise și documente ce conțin datele mele cu caracter personal.

Documentele pot fi depuse sau ridicate de către solicitant sau de către împuternicit conform prevederilor legii.

Data: ................................ Numele și prenumele: ............................................................. Semnătura: ....................................

**NOTĂ: Cererea se completează cu majuscule şi se semnează PERSONAL de către solicitant.**