

CERERE DE ÎNSCRIERE

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI MOASELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA FILIALA ILFOV		
INTRARE	Nr.	
IESIRE		
Ziua	Luna	Anul

Doamnă/Domnule Președinte,

Subsemnatul/a _____
cu domiciliul în _____
absolvent al _____
de profesie moașă/ asistent medical _____
în cadrul _____
data începerii activității în domeniul sanitar _____

rog a se proceda la ÎNSCRIEREA/REÎNSCRIEREA subsemnatului/ei în Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala ILFOV și la eliberarea Certificatului de membru. Mă oblig, în calitate de membru al OAMGMAMR, să plătesc taxa de înscriere și cotizația lunară, conform OUG 144/2008 și Statutului Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

..... cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala ILFOV, în scopul îndeplinirii obligațiilor legale ce-i revin conform Ordonanței de urgență nr.144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, aprobată prin Legea nr.53/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Subsemnatul/a _____, declar că am citit și înțeles informațiile referitoare la drepturile și obligațiile pe care le am în relația cu OAMGMAMR ILFOV, aspectele legate de exercitarea profesiei și condițiile de eliberare a diverselor documente: eliberarea certificatului de membru/ adeverință, eliberarea avizului de libera practică, accesarea cursurilor de educație medicală continuă, condițiile pentru reatestarea profesională, cotizația lunară - mod de calcul și condiții de achitare, suspendarea sau întreruperea suspendării din calitatea de membru.

Data,

Semnătura,

Doamnei/Domnului Președinte a Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala ILFOV

EXTRAS DIN ORDONANȚA DE URGENȚĂ 144/2008 aprobată prin LEGEA 53/2014
privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moașă, asistent medical precum și organizarea și
funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România

ART. 14

Este **NEDEMN** și nu poate exercita profesia de asistent medical generalist, moașă și, respectiv, asistent medical:

- a) asistentul medical generalist, moașa și, respectiv, asistentul medical care au fost condamnați definitiv pentru săvârșirea unei infracțiuni legate de exercitarea profesiei;
- b) asistentul medical generalist, moașa și, respectiv, asistentul medical căruia i s-a aplicat interzicerea exercitării profesiei.

ART. 15

(1) Exercițarea profesiei de asistent medical generalist, moașă și, respectiv, asistent medical este **INCOMPATIBILĂ** cu orice acțiune de natură a aduce atingere demnității profesionale de asistent medical generalist, moașă și, respectiv, asistent medical sau bunelor moravuri, conform Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașei și al asistentului medical.

(2) Pe timpul stării de incompatibilitate se suspendă dreptul de exercițiu al profesiei.

(3) În termen de 10 zile de la apariția situației de incompatibilitate, asistentul medical generalist, moașa și, respectiv, asistentul medical este obligat să anunțe filiala Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România al cărui membru este.

(4) La solicitarea asistentului medical generalist, moașei și, respectiv, asistentului medical, la sesizarea oricărei persoane, instituții sau autorități interesate, președintele filialei Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România din care face parte persoana aflată în stare de incompatibilitate poate constitui o comisie pentru fiecare caz în parte, alcătuită din 3 membri care, după caz, pot fi asistenți medicali generaliști, moașe sau asistenți medicali cu grad principal, pentru a constata existența sau inexistența stării de incompatibilitate.

DECLARAȚIE

Subsemnatul/a _____

cu domiciliul în _____

legitimat cu CI/BI seria _____ numărul _____ telefon _____

adresa de e-mail _____

de profesie _____ declar pe

propria răspundere, cunoscând prevederile Ordonanței de Urgență 144/2008, precum și pe cele ale Codului

Penal privitoare la falsul în declarații, că nu mă aflu în vreunul din cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate

specificate de art.14, art.15 din O.U.G. 144/2008.

Dau prezenta declarație spre a-mi servi la eliberarea Certificatului de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Data _____

Semnătura _____

Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România în conformitate cu Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția Persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date, în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.



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

Filiala ILFOV

București, sectorul 1, str. Turda, nr 123, bl 4, sc B, ap 55

Tel: 0744 330 526, Fax: 021 794.31.41

Oammr_if@yahoo.com

Datele d-voastra personale sunt prelucrate de OAMGMAMR, potrivit notificarii nr 11308, in conformitatea cu Legea 677/2001, in scopul eliberarii certificatelor de membru , a adeverintei care atesta onorabilitatea si moralitatea.Datele pot fi dezvaluite unor terti in baza unui temei legal justificat. Va puteti exercita drepturile de acces, de interventie si de opozitie in conditiile prevazute de Legea 677/2001, printr-o cerere scrisa, semnata si datata, trimisa pe adresa institutiei.

CERERE DE INSCRIERE

Subsemnatul/a.....asistent medical in
specialitatea, angajat la

.....,Localitatea....., solicit inscrierea in Ordinul
Asistentilor Medicali Generalisti , Moaselor si Asitentilor Medicali din Romania , obligandu-ma
sa platesc taxa de inscriere si cotizatia de 1% lunar , conform OGU nr.144/2008 cu modif. si
complet. ulterioare si a Statutului Ordinului Asistentilor Medicali si Moaselor din Romania.

DATA:

SEMNATURA:

JURĂMÂNT

*“În numele Vieții și al Onoarei,
jur să îmi exercit profesia cu demnitate, să respect ființa
umană și drepturile sale și să păstrez secretul profesional.
Jur că nu voi îngădui să se interpună între datoria mea și
pacient considerații de naționalitate, rasă, religie,
apartenență politică sau stare socială.
Voi păstra respectul deplin pentru viața umană chiar sub
amenințare și nu voi utiliza cunoștințele mele medicale
contrar legilor umanității.
Fac acest jurământ în mod solemn și liber”*

Numele și prenumele: _____

Semnătură: _____

Data: ____ / ____ / ____