

Către,

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților Medicali din România,  
Filiala .....

C E R E R E

de eliberare a adeverinței pentru întocmirea parafei profesionale

Subsemnatul, (numele)..... (prenumele).....,  
C.N.P. ...., telefon ....., e-mail .....,  
membru al OAMGMAMR, Filiala ....., având profesia de .....,  
vă rog să îmi aprobați cererea de eliberare a unei adeverințe pentru  
întocmirea parafei profesionale.

- Mă angajez** că voi informa, **în maximum 30 de zile**, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), Filiala ..... despre orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior întocmirii parafei.
- Declar că am luat cunoștință de conținutul informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților 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 dispozițiile Regulamentului (UE) nr.679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.

Data: .....

Numele și prenumele: .....

Semnătura: .....