



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

București, sectorul 1, str. Turda, nr 123, bl 4, sc B, ap 55/54

Tel: 0744 330 526, Fax: 021 794.31.41

oammr_if@yahoo.com

site www.oammr-if.ro

Nr. Inregistrare: /

Către,

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România
FILIALA ILFOV

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
Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), Filiala
ILFOV, 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 aprobați 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 și datat de către angajator, cu termen de valabilitate 30 de zile de la data emiterii, pentru calculul cotizației (cu excepția salariaților cărora li se oprește cotizația pe statul 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 adițional 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 asistenții 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 declarații inexacte sau false pot determina sancțiuni 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 profesiei la data depunerii cererii.

Data:

Semnătura:

- ☐ Mă angajez că voi informa, în maxim 30 de zile, OAMGMAMR, Filiala ILFOV, de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior înregistrării mele în organizația profesională (concediu medical, concediu de creștere 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 Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Filiala ILFOV, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR, Filiala ILFOV, 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.

Declar că sunt/ nu sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea OAMGMAMR, Filiala ILFOV .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 și se semnează PERSONAL de către solicitant.