

# CERERE

## Reatestare competență profesională

Către,

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România Filiala Iași

Subsemnatul/a.....,cu domiciliul în localitatea ..... , strada ..... , bloc ..... , scara ..... , apartament ..... , județul ..... , nr. telefon ..... , adresă de e-mail .....@..... , profesia .....

Vă rog să-mi aprobați înscrierea la procedura de reatestare a competenței profesionale pentru întreruperea exercitării profesiei din anul .....

În acest sens, depun următoarele:

1. Copia actului de identitate;	
2. Certificat de membru (dacă este cazul);	
3. Dovadă taxă pentru reatestarea competenței profesionale;	
4. Certificat de sănătate fizică și psihică;	
5. Documente care atestă pregătirea profesională;	
6. Documente care atestă vechimea în exercitarea profesiei (copie carte de muncă, copie contract individual de muncă, adeverință angajator, raport REVISAL, etc.)	
7. Cazier judiciar	
8. Asigurare de malpraxis (pentru membrii care sunt suspendați la cerere din calitatea de membru)	
9. Cerere de incetare a suspendării (pentru membrii care sunt suspendați la cerere din calitatea de membru)	

- Subsemnatul/a, cunoscând prevederile art.326 din Codul Penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere faptul că nu am exercitat profesia de ..... în România ori în străinătate, de la data absolvirii școlii ori de la data ultimei prestări anterior menționate. Împuternicesc prin prezenta Filiala Iași a OAMGMAMR să facă verificările necesare în numele meu.
- Subsemnatul/a, declar că am primit flyere/ pliante conținând informații referitoare la drepturile și obligațiile pe care le am în relația cu OAMGMAMR Iași, 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.
- Subsemnatul/a, declar că am luat la cunoștință de conținutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.
- ..... 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 Iași 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.
- Unitatea unde doresc să efectuez stagiul de reatestare, tipul de program ales (8 ore/zi sau flexibil) și data de la care mă pot prezenta:

.....  
Data

.....  
Semnătura