

CERERE PENTRU ELIBERAREA ADEVERINȚEI PENTRU ÎNSCRIEREA LA CONCURS

Subsemnatul(a), numele, inițiala tatălui, prenumele .

Date personale: Cod numeric personal, numele purtat anterior

. data nașterii Localitatea

Județul cetățenia Act identitate serie nr.

eliberat de, la data de

Adresă de domiciliu: Str. nr. bl., sc. et. ap.

orașul, județul, codul poștal tel. fix / mobil

. e-mail

Titlul oficial de calificare

Instituția de învățământ absolvită

promoția cu Certificatul de Membru Seria Nr. eliberat la data

In Specialitatea Grad PRINCIPAL |_|_|_|_|

- Solicit ELIBERAREA ADEVERINȚEI PENTRU OCUPAREA POSTULUI CU CONCURS / FĂRĂ CONCURS la

DECLAR pe propria răspundere (cunoscând riscurile falsului în declarații) că:

- AM FOST / NU AM FOST condamnat definitiv pentru săvârșirea unei infracțiuni legate de exercitarea profesiei;
- AM FOST / NU AM FOST condamnat definitiv și MI S-A APLICAT / NU MI S-A APLICAT pedeapsa interdicției de a exercita profesia de asistent medical prin Hotărâre judecătorească sau disciplinară
- SUNT / NU SUNT cercetat în prezent într-un dosar de anchetă / cercetare penală pentru fapte/infracțiuni petrecute în timpul exercitării profesiei de asistent medical / moașă și care au legătură cu îndeplinirea atribuțiilor funcției de asistent medical / moașă ;

ANEXEZ prezentei cereri, următoarele acte/copii acte, care conțin date cu caracter personal:

- copia C.I./ sau copia pașaport;

– CAZIER ORIGINAL la ZI (la revenirea din suspendarea la cerere / suspendare disciplinară a calității de membru OAMGMAMR, în alte situații reglementate)

– ALTE DOCUMENTE:.....

(în cazul celor care au exercitat profesia în străinătate, transfer, etc).....

Subsemnatul/ Subsemnata: _____

cunoscând identitatea operatorului OAMGMAMR Galați, scopul prelucrării datelor și drepturile mele, **îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal** de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România – Filiala Galați, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016, pe toată durata existenței calității mele de membru al OAMGMAMR sau atât timp cât am/voi avea nevoie de documente eliberate de OAMGMAMR Galați pentru a exercita profesia în România sau în străinătate.

➤ **Prin completarea și semnarea prezentului document, eu – semnatarul - confirm** că am citit, am fost informat/ă corect, complet, precis, am luat la cunoștință și am înțeles pe deplin atât scopul prelucrării datelor cu caracter personal cât și drepturile de care beneficiaz conform prevederilor legale aplicabile, respectiv: *dreptul de a fi informat, dreptul de acces, dreptul la rectificare, dreptul la ștergere a datelor, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție și procesul decizional individual automatizat, inclusiv crearea de profiluri*, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016.

Semnez și îmi asum veridicitatea celor declarate în această cerere

Data,