

CERERE PENTRU ELIBERAREA AVIZULUI DE LIBERA PRACTICĂ PENTRU ANUL 2021

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 Asistent Medical/ MOAȘĂ

Instituția de învățământ absolvită

promoțiaDiplomă (serie/număr/data eliberării)

Pregătirea profesională.....

SpecialitateaGrad PRINCIPAL |_|_|_|_|

Cu diplomă de bacalaureat **Numai cu certificat de absolvire 12 clase.....**

Reconversie profesională într-o nouă specialitateprin

curs de specializare la SNSPMPDSB în anul precedent.....

SpecialitateaGrad PRINCIPAL |_|_|_|_|

Pensionar cu decizia de pensionare din anul

- **Solicit eliberarea AVIZULUI ANUAL DE LIBERĂ PRACTICĂ – PENTRU EXERCITAREA PROFESIEI IN REGIM SALARIAL la următorii angajatori :**

1.

2.....

- Solicit eliberarea AVIZULUI ANUAL DE LIBERĂ PRACTICĂ – PENTRU EXERCITAREA PROFESIEI IN CALITATE DE P.F.I. pentru care anexez documentele legale care atestă exercitarea profesiei independent cu PFI.....

- Solicit eliberarea AVIZULUI ANUAL DE LIBERĂ PRACTICĂ – PENTRU EXERCITAREA PROFESIEI IN C.I.P.I. conform legii.....

- Solicit eliberarea AVIZULUI ANUAL DE LIBERĂ PRACTICĂ – PENTRU EXERCITAREA PROFESIEI ca VOLUNTAR cu contract de voluntariat la

DECLAR CA AM FOST INFORMAT(A) DESPRE ART. 14 DIN OUG 144/2008 cu toate actele modificatoare:

Este NEDEMN și NU POATE EXERCITA profesia de asistent medical generalist, moașă și, respectiv, asistent medical:

a) asistentul medical generalist, moașă și, respectiv, asistentul medical care au fost condamnați definitiv pentru săvârșirea unei infracțiuni legate de exercitarea profesiei;

b) asistentul medical generalist, moașă și, respectiv, asistentul medical căruia i s-a aplicat interzicerea exercitării profesiei.

ART. 15 DIN OUG 144/2008:

(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.

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 săvârșite în timpul exercitării profesiei de asistent medical / moașă și care au

legătură cu îndeplinirea atribuțiilor funcției de asistent medical / moașă pentru care solicit eliberarea AVIZULUI

- **DECLAR** că am luat la cunostință că dacă nu realizez anual numărul minim de 30 credite stabilit de Consiliul Național al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România mi se suspendă automat dreptul de liberă practică, până la realizarea numărului de credite respectiv, ceea ce înseamnă pierderea drepturilor ce decurg din Certificatul de membru, mai ales de dreptul de a-mi practica profesia.
- **DECLAR** că am luat la cunostință că Neplata cotizației datorate de membrii Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România pe o perioadă de 6 luni se sancționează cu suspendarea automată a calității de membru până la plata cotizației datorate, ceea ce înseamnă pierderea drepturilor ce decurg din calitatea de membru, mai ales de dreptul de a-mi practica profesia.

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

- copia C.I./ sau copia pașaport;

- Adeverința salariat eliberată de angajator - unitatea sanitară autorizată/acreditată în care exercit profesia în regim salarial + **RAPORT PER SALARIAT DIN REVISAL** de la angajator

- Contract voluntariat încheiat cu unitatea sanitară acreditată / autorizată, în care exercit profesia pe bază de contract de voluntariat în anul 2020;

- Adeverința de la titularul cabinetului individual de practică independentă de exercitare a profesiei în mod independent,

PFI la data cererii – cei care au desfășurat activitate ca asistenți medicali / moașe în calitate de persoane fizice independente PFI vor prezenta suplimentar: copia certificatului de înregistrare ca PFI, copia contractului de prestare servicii, adeverință în original eliberată de unitatea sanitară la care a fost prestată activitatea din care să rezulte funcția, specialitatea, perioada desfășurării activității medicale, precum și norma / numărul de ore/zi, respectiv numărul de ore/săptămână, după caz, convertit în vechime totală.

– copie document plată taxă înscriere în OAMGMAMR / și copie document plată a cotizației de membru OAMGMAMR.....

- Asigurare de răspundere civilă (pentru malpraxis) valabilă perioada.....

➤ Pentru locul de muncă în regim salarial.....

➤ Pentru PFI.....

➤ Pentru C.I.P.I.

– CAZIER ORIGINAL la ZI (Conform legii și Hotărârilor OAMGMAMR)

ALTE DOCUMENTE:

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 și **Sunt de acord ca OAMGMAMR GALAȚI să îmi trimită comunicări, informații și documente care conțin datele mele cu caracter personal, în scopul EXERCITĂRII PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL/MOAȘĂ**

DA

Da prin servicii poștale cu confirmare de primire.....

Da prin poștă electronică și îmi asum securitatea datelor transmise către mine la aceasta adresa de e-mail pe care v-o comunic

Da - direct față în față

NU sunt de acord cu transmiterea de documente care conțin datele mele cu caracter personal prin poștă electronică - pe adresa mea de e-mail.

Conform acordului exprimat prin bifarea corespunzătoare a căsuțelor de mai sus, doresc să primesc comunicări și documente care conțin datele mele cu caracter personal, privind EXERCITAREA PROFESIEI DE ASISTENT MEDICAL, prin următoarele mijloace de comunicare:

servicii poștale la următoarea adresă:

.....

telefon la următorul număr de telefon:

poștă electronică/e-mail la următoarea adresă de e-mail personala:

.....

Data

Semnez și îmi asum veridicitatea celor declarate în această cerere