

**CERERE DE ÎNSCRIERE IN OAMGMAMR SI DE ELIBERARE SI PRESCHIMBARE A
CERTIFICATULUI DE MEMBRU OAMGMAMR**

**DECLARAȚIE de INTEGRITATE PE PROPRIA RĂSPUNDERE privind îndeplinirea condițiilor
prevăzute la art. 14 și 15 din OUG 144 /2008**

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 Generalist (asimilat și pentru pediatrie și ocrotire)

.
Instituția de învățământ absolvită

promoția Diplomă (serie/număr/data eliberării)

Grad PRINCIPAL anul |_|_|_|| în Specialitatea

Titlul oficial de calificare Moașă

Instituția de învățământ absolvită

promoția Diplomă (serie/număr/data eliberării)

Grad PRINCIPAL anul |_|_|_|| în Specialitatea

Titlul oficial de calificare Asistent medical

Instituția de învățământ absolvită

promoția Diplomă (serie/număr/data eliberării)

Specialitatea

Grad PRINCIPAL anul |_|_|_|| în Specialitatea

Cu diplomă de bacalaureat - Diplomă (serie/număr/data eliberării.....)

Numai cu certificat de absolvire 12 clase (Fără bacalaureat) serie/număr/data eliberării

Reconversie profesională într-o nouă specialitate

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

Grad PRINCIPAL anul |_|_|_|_| în Specialitatea

Pensionar cu decizia de pensionare din anul

- **SOLICIT înscrierea în OAMGMAMR Galați** - bazată pe o decizie liber consimțită - pentru a dobândi calitatea de Membru al OAMGMAMR și a drepturilor depline, conform OUG 144/2008, aprobată prin Legea 53 din 2014 și Legea 278/2015

- **SOLICIT preschimbarea și eliberarea unui nou Certificat de membru OAMGMAMR motivat de**

Declar pe propria răspundere 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 anchetat sau / și cercetat în prezent într-un dosar de anchetă / cercetare penală pentru fapte 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**
- **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**
- **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**

sanctionează 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;
- copia actului din care rezultă dubla cetățenie;
- copia actului din care rezultă REZIDENȚA PE TERITORIUL JUDEȚULUI GALAȚI
- copia certificatului de naștere a titularului
- copia legalizată a certificatului de căsătorie
- copia legalizată a documentului de divorț care atestă schimbarea numelui;
- copie legalizată diplomă bacalaureat,
- copie legalizată certificat de absolvire 12 clase (pentru cei FĂRĂ diplomă de bacalaureat)
- copie legalizată diploma școală postliceala sanitară,
- copie legalizată Facultate de
- copia titlului de calificare obținut în străinătate tradus și legalizat în limba română și a documentului de recunoaștere a calificării și titlului de calificare de la Ministerul Educației din România;
- copia (legalizată) a foii matricole / a suplimentului la diplomă;
- adeverința din care rezultă perioada școlarizării, în original;
- copia certificatului/adeverinței de promovare a examenului de grad principal;
- copia diplomei prin care se atestă efectuarea stagiului practic în vederea reatestării competențelor profesionale - specialitatea.....
- Certificat de CAZIER judiciar, în original;

Certificat Medical A5 (sănătate fizică și psihică)

– copie document plată taxă înscriere / dovada achitării taxei de eliberare document.

– copie decizie de pensionare

ALTE DOCUMENTE: În situația în care solicitantul a exercitat profesia pe teritoriul altui stat

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 personală:

.....

➤ **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.

Data

Semnez și îmi asum veridicitatea celor declarate în această cerere

Depusă către PREȘEDINTELE FILIALEI O.A.M.G.M.A.M.R. – GALAȚI

"În numele Vieții și al Onoarei,

JUR

Să îmi exercit profesia cu demnitate,

Să respect ființa umană și drepturile sale

și să păstrez secretul profesional.

**Jur că nu voi îngădui să se interpună între datoria mea și pacient
considerații de naționalitate, rasă, religie, apartenență politică sau
stare socială.**

**Voi păstra respectul deplin pentru viața umană chiar sub
amenințare și nu voi utiliza cunoștințele mele medicale contrar
legilor umanității.**

Fac acest jurământ în mod solemn și liber!"

Semnătura

Data: