

CERERE PENTRU PRESCHIMBAREA CERTIFICATULUI DE MEMBRU OAMGMAMR
PENTRU ANUL 2021 - 2022

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**sau**

MOAȘĂ

ULTIMA Instituție de învățământ medical de specialitate absolvită

.....
promoțiaDiplomă (serie/număr/data eliberării)

Pregătirea profesională.....

Specialitatea Grad 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.....

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

Pensionar cu decizia de pensionare din anul

Alte situații (revenit din străinătate, etc).....

.....

- **Solicit eliberarea PRESCHIMBAREA CERTIFICATULUI DE MEMBRU OAMGMAMR, ca urmare a:**

1. ABSOLVIRII UNEI NOI FORME DE INVĂȚĂMÂNT DE SPECIALITATE, EX. GRAD PRINCIPAL:

.....

2. SCHIMBĂRII NUMELUI DE FAMILIE prin căsătorie sau divorț.....

.....

3. Alte motive (pierderea / distrugerea vechiului Certificat de Membru, alte motive).....

.....

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**

ANEXEZ prezentei cereri DOCUMENTELE CARE JUSTIFICĂ CEREREA DE PRESCHIMBARE A CERTIFICATULUI:

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 pe adresa de e-mail.....**

.....

Data

Semnez și îmi asum veridicitatea celor declarate în această cerere