

**CERERE PENTRU ELIBERAREA AVIZULUI PENTRU EXERCITAREA
PROFESIEI IN REGIM INDEPENDENT – CA PERSOANĂ FIZICĂ
INDEPENDENTĂ**

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

Date personale: Cod numeric personal , numele
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
Instituția de învățământ absolvită promoția
Diplomă (serie/număr/data eliberării) |_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Pregătirea profesională
Specialitatea Grad PRINCIPAL |_|_|_|_|

Solicit **ELIBERAREA AVIZULUI PENTRU EXERCITAREA PROFESIEI IN REGIM
INDEPENDENT – CA PERSOANĂ FIZICĂ INDEPENDENTĂ** cu scopul exercitării
profesiei în regim independent ca PFI, conform legislației în vigoare.

Declar pe propria răspundere că **SUNT / NU SUNT angajată în regim salarial cu
Contract Individual de Muncă pe durată**
cu normă întreagă de 8 ore/zi sau echivalent de ore/zi, în
meseria la

Semnez pentru veridicitatea celor declarate

***Cunosc Art. 326 din Noul Cod Penal -Falsul în declarații / FALSURI ÎN ÎNSCRISURI**

Art. 326 - Falsul în declarații „Declararea necorespunzătoare a adevărului, făcută unei persoane
dintre cele prevăzute în art. 175 sau unei unități în care aceasta își desfășoară activitatea în
vederea producerii unei consecințe juridice, pentru sine sau pentru altul, atunci când, potrivit

legii ori împrejurărilor, declarația făcută servește la producerea acelei consecințe, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă”.

Am luat la cunoștință că pentru a putea să desfășor o activitate de PFI trebuie să îndeplinesc toate condițiile legale pentru exercitarea profesiei în regim independent, să dețin Certificatul de Membru OAMGMAMR și să depun toate documentele pentru obținerea Avizului / dreptului de liberă practică medicală, **conform Ordinului MS nr. 1454/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent**

Am luat la cunoștință că „**Avizul anual** / dreptul de liberă practică se acordă numai după încheierea asigurării individuale de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru anul calendaristic respectiv - în valoare de 20.000 euro și numai după aducerea la Filiala OAMGMAMR Galați **a unui exemplar în original a contractului de prestări servicii în regim independent, încheiat cu unități sanitare autorizate conform legii.**

Am luat la cunoștință că Asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical pot dobândi calitatea de persoană fizică independentă, în baza certificatului de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și **a CERTIFICATULUI DE STATUS PROFESIONAL** și a înregistrării la administrația financiară în a cărei rază teritorială domiciliază.

Am luat la cunoștință că în calitate de persoană fizică independentă, asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical, pot încheia contracte **cu unități sanitare autorizate conform legii, în vederea furnizării de servicii de îngrijiri medicale potrivit calificării profesionale dobândite, în specialitatea diplomei, conform cu FISA POSTULUI = ANEXĂ LA CONTRACT**

Subsemnatul/ Subsemnata: _____

declar în mod expres, neechivoc și liber că sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR GALAȚI - cu sediul în Galați, Str. Brăilei Nr. 31, în vederea înregistrării mele și eliberării documentului solicitat, în conformitate cu prevederile REGULAMENTULUI (UE) 2016/679 pentru protecția persoanelor fizice, în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

De asemenea, declar că sunt informat asupra drepturilor mele prevăzute de REGULAMENTUL (UE) 2016/679 - legislația specifică - pentru protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

Data:

Semnătura