

CERERE PENTRU PRESCHIMBAREA CERTIFICATULUI DE MEMBRU OAMGMAMR
PENTRU ANUL 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