

**CERERE TIP**

Către,

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR  
MEDICALI DIN ROMÂNIA FILIALA .....

Subsemnatul/a ..... cu domiciliul în  
localitatea ..... str. ...., bloc ....., sc. ....,  
ap. ...., județul ....., nr. telefon ....., adresă e-  
mail ....., profesia .....,  
după caz prin ..... împuternicit în baza procurii speciale nr. .... din data  
de ....., vă rog să îmi eliberați documentul necesar recunoașterii titlului meu  
de calificare în celelalte state membre UE.

În acest sens, depun următoarele acte:

1. ...
2. ..
3. ...
4. ..
5. ..
6. ..
7. ..
8. ..
9. ..
- 10..
- 11...

Data

Semnătura

**Subsemnatul/ Subsemnata:** \_\_\_\_\_

**declar în mod expres, neechivoc și liber că sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR GALAȚI și, la cererea mea, solicit transferul datelor mele cu caracter personal către OAMGMAMR Național 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 și îmi exprim consimțământul privind dreptul meu la portabilitatea datelor cu caracter personal, pentru protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.**

Data

Semnătura