

**CERERE PENTRU ELIBERAREA AVIZULUI DE LIBERĂ PRACTICĂ pentru persoană fizică EXCLUSIV în CENTRUL DE VACCINARE – Anul 2022**

**Către Președintele Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala GALAȚI**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ ,  
(nume, initiala tatalui, prenume)  
având CNP \_\_\_\_\_, document identitate BI/CI seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
cu domiciliul stabil în: Jjud: \_\_\_\_\_ localitatea \_\_\_\_\_  
str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ ,  
având profesia de:  asistent medical generalist;  moașă;  asistent medical \_\_\_\_\_ ,  
membru/a al/a OAMGMAMR Filiala GALAȚI, posesor/posesoare al/a Certificatului de membru  
seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_ , eliberat la data de: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_,

**Vă rog să-mi eliberați AVIZUL de liberă practică pentru exercitarea profesiei ca persoană fizică EXCLUSIV în CENTRUL DE VACCINARE, conform Ordonanței de Urgență nr. 29/2021 pentru completarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 3/2021 privind unele măsuri pentru recrutarea și plata personalului implicat în procesul de vaccinare împotriva COVID-19 și stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății și conform Hotărârii nr. 25/26.04.2021 privind eliberarea avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei ca persoană fizică în cadrul centrelor de vaccinare împotriva COVID -19.**

**Cunoscând prevederile Articolului 326 din Noul Cod Penal cu privire la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că la data depunerii cererii:**

- CUNOSC reglementările legale și obligațiile care decurg din exercitarea profesiei ca persoană fizică;
- NU SUNT sancționat/ă cu suspendarea/retragerea calității de membru \_\_\_\_\_
- NU AM nicio interdicție legală privind exercitarea profesiei de \_\_\_\_\_ ;
- NU AM o întrerupere mai mare de 4 ani în exercitarea profesiei anterior solicitării acestui aviz \_\_\_\_\_ ;
- NU AM / AM urmat procedura de reatestare a competenței profesionale (*dacă este cazul*), în perioada \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ , absolutivă în data de \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ , conform certificatului de reatestare seria: \_\_\_\_\_ , nr. \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_.

**Am luat la cunoștință că AVIZUL solicitat este valabil doar pentru exercitarea profesiei EXCLUSIV IN CENTRUL DE VACCINARE,** urmând ca pentru exercitarea profesiei, respectiv pentru a furniza servicii de îngrijiri medicale să îndeplinesc toate celelalte condiții legale și să depun la filiala OAMGMAMR al cărui membru sunt, toate documentele necesare pentru obținerea Avizului / dreptului de liberă practică medicală, conform prevederilor O.U.G. 144 din 2008 cu toate completările și modificările ulterioare și conform Hotărârilor Consiliului Național al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

**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 minim 4000 euro și numai după aducerea la Filiala OAMGMAMR la care sunt înregistrat, a unui exemplar în original al contractului de prestări servicii, încheiat cu unități autorizate pentru centrele de vaccinare.**

**Am luat la cunoștință** că în calitate de persoană fizică, asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical, poate încheia contracte cu primăriile/consiliul județean autorizate conform legii, în vederea furnizării de servicii de vaccinare, potrivit calificării profesionale dobândite în specialitatea diplomei, **EXCLUSIV IN CENTRUL DE VACCINARE și că avizul NU este valabil pentru exercitarea profesiei în alte unități sanitare autorizate.**

Subsemnatul/a,.....  
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 OAMGMAMR – Filiala Galați, în conformitate cu Regulamentul U.E. nr.679/2016, pe toată durata existenței calității mele de membru al OAMGMAMR sau atât timp cât am/voi avea nevoie de documente eliberate de OAMGMAMR pentru a exercita profesia în România sau în străinătate, sau/și pe durata acreditării/reacreditării mele ca furnizor de servicii formare profesională / de educație profesională/medicală continuă EMC pentru beneficiarul OAMGMAMR.

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Semnătura

\_\_\_\_\_