

**FORMULAR DE ÎNSCRIERE PENTRU EFECTUAREA STAGIULUI PRACTIC ÎN
VEDEREA REATESTĂRII COMPETENȚELOR PROFESIONALE**

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 absolvită, promoția

Diplomă (serie/număr/data eliberării) |_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|/|_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

**DECLAR pe propria răspundere că SUNT ANGAJAT/Ă / NU SUNT ANGAJAT/Ă cu
contract individual de muncă, pe durată nedeterminată/determinată.....
la.....în meseria de.....**

.....Cu o normă de/zi

**Solicit înscrierea pentru efectuarea stagiului practic în vederea susținerii examenului de
reatestare a competențelor profesionale, conform legislației în vigoare, cu normă
întreagă.....ore/zi sau cu Frație de normă deore/zi**

**Am luat la cunoștință că NU am dreptul să exercit legal profesia și că pentru a fi
reatestat trebuie să efectuez un stagiu practic și să susțin o probă teoretică după
finalizarea stagiului - într-un termen de maximum 60 de zile; Am aflat că punctajul
minim de promovare a stagiului practic este 7 și că în caz de nepromovare a probei
teoretice, la solicitarea mea, se poate organiza o altă sesiune de examen la o dată stabilită
de comisie, dar nu mai târziu de 15 zile de la precedentă examinare.**

**DECLAR pe propria răspundere și anexas documentele care adevăresc că mă aflu în
următoarea situație:**

**„Nu am exercitat profesia efectiv, legal și neîntrerupt pe o perioadă de cel puțin un an, cu
normă întreagă sau echivalent parțial a respectivei profesii în ultimii 5 ani - ”**

1. De la data absolvirii studiilor |_|_|

2. de la data precedentei angajări în funcția de asistent medical
dar anterior acestei întreruperi am exercitat profesia legal și am o vechime în
specialitate mai mică de 3 ani..... |_|_|

2. de la data precedentei angajări în funcția de asistent medical
dar anterior acestei întreruperi am exercitat profesia legal și am o vechime în
specialitate între 3 și 5 ani |_|_|

3. de la data precedentei angajări în funcția de asistent medical
dar anterior acestei întreruperi am exercitat profesia legal și am o vechime în
specialitate peste 5 ani |_|_|

Declar că am primit de la Secretariatul OAMGMAMR Galați următoarele:

- **Contractul de Stagiu practic, Fișa de evaluare a stagiului practic**, lista cu toate documentele necesare la dosarul de examen de reatestare, **Monitorul Oficial cu Metodologia de reatestare a competențelor profesionale**, adresa de repartizare pentru stagiu practic într-un spital din județul Galați și informațiile despre durata efectuării stagiului practic și despre taxele pe care urmează să le plătesc pentru înscrierea la examen;
- **Tematica și bibliografia pentru examenul de reatestare;**
- **Am fost informat(ă) că trebuie să aduc la sediul OAMGMAMR Contractul de stagiu semnat, ștampilat /înregistrat de la spital în termen de 7 zile de la completarea și de la semnarea acestei cereri, altfel cererea devine nulă.**

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 completării

Numele și prenumele și Semnătura