

CERERE PENTRU ELIBERAREA AVIZULUI DE LIBERĂ PRACTICĂ PENTRU ANUL 2026

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

.....

Date personale: CNP..... numele purtat anterior

Act identitate serie nr. eliberat de....., la data de.....

Adresă de domiciliu: Str. nr. bl., sc. et. ap. orașul, județul, codul poștal tel. fix / mobile-mail

Titlul oficial de calificare Asistent Medical / MOAȘĂ

Pregătirea profesională.....

Specialitatea Grad PRINCIPAL anul.....

☐ Pensionar cu decizia de pensionare din anul

☐ **Solicit eliberarea AVIZULUI ANUAL DE LIBERĂ PRACTICĂ** pentru anul 2026 – PENTRU EXERCITAREA PROFESIEI IN REGIM SALARIAL la următorii angajatori, în specialitatea..... :

1.

2.....

☐ - **Solicit eliberarea AVIZULUI ANUAL DE LIBERĂ PRACTICĂ** pentru anul 2026 – PENTRU EXERCITAREA PROFESIEI IN CALITATE DE P.F.I. pentru care anexează documentele legale care atestă exercitarea profesiei independent cu PFI și având contractul de prestări servicii încheiat cu..... în specialitatea

CUNOSC PREVEDERILE ART. 14 DIN OUG 144/2008 cu toate actele modificatoare și 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 de asistent medical.....

ANEXEZ prezentei cereri, următoarele acte/copii acte, pentru eliberarea avizului pentru 2026:

- ☐ Copia poliței individuale de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru perioada 01.01.2026 – 31.12.2026 pentru care se solicită avizul;
- ☐ Pentru locul de muncă în regim salarial.....
- ☐ Pentru PFI.....
- ☐ Extras REGES - ONLINE datat și certificat pentru conformitate (cu excepția salariaților cărora li se oprește cotizația pe stat de plată și este virată de angajator);
- ☐ Documente privind locul desfășurării activității (CIM / Contractul Prestări Servicii PFI, Adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ, Decizie încetare CIM/Act Adicional prelungire CIM) —în cazul în care au intervenit modificări, alte decizii ale angajatorului, care atestă modificările apărute în Statusul Profesional - la locul de muncă în perioada dintre ultimele 2 avizări;
- ☐ Copia Certificatului de înregistrare Fiscală (CIF) PFI (*dacă nu a fost depus până la data cererii*)
- ☐ Alte documente privind modificări apărute și nedeclarate în statutul profesional sau personal (Copia C.I. – NUMAI DACĂ A FOST SCHIMBATĂ ÎN CURSUL ANULUI 2025; documente schimbare nume, absolvire nouă specializare, etc., pentru actualizarea datelor în Registrul Unic Național);
- ☐ Adeverință de la medicul de familie(care să ateste starea de sănătate corespunzătoare) + Certificat de sănătate fizică și psihică - numai pentru asistenții medicali care exercită profesia după vârsta de 65 de ani.
- ☐ Copie după dovada plății cotizației de membru OAMGMAMR pentru anul.....

Cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații, uzul de fals, precum și faptul că eventualele declarații inexacte sau false pot determina sancțiuni civile și/sau penale, declar că toate informațiile, datele și documentele furnizate sunt corecte și complete, nu mă aflu în stare de nedemnitate, incompatibilitatea sau în altă situație care împiedică exercitarea profesiei la data depunerii cererii.

- ☐ Mă angajez că voi informa, în maxim 30 de zile, OAMGMAMR Filiala Galați de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior înregistrării mele în organizația profesională (încetare contract de muncă, schimbare angajator, concediu medical mai mare de 6 luni, concediu creștere copil, suspendare CIM din alte motive, etc);

Data:.....

Nume și Prenume:.....

Semnez și îmi asum veridicitatea celor declarate în această cerere

Declar că SUNT / NU SUNT de acord să primesc notificări și/sau informări din partea OAMGMAMR filiala Galați pe adresa personală de e-mail:

NOTĂ: Cererea se completează cu MAJUSCULE și se semnează PERSONAL de către solicitant.