

CERERE PENTRU PRESCHIMBAREA CERTIFICATULUI DE MEMBRU OAMGMAMR

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 specialitate prin

curs de specializare la SNSPMPDSB în anul precedent.....

Specialitatea Grad PRINCIPAL |_|_|_|_|

☐ Pensionar cu decizia de pensionare din anul

☐ Alte situații (revenit din străinătate, etc).....

.....

☐ - **Solicat eliberarea PRESCHIMBAREA CERTIFICATULUI DE MEMBRU OAMGMAMR, ca urmare a:**

1. ABSOLVIRII UNEI NOI FORME DE INVĂȚĂMÂNT DE SPECIALITATE

.....
2. SCHIMBĂRII NUMELUI DE FAMILIE prin căsătorie sau divorț.....

3. Alte motive (pierderea / distrugerea vechiului Certificat de Membru, alte motive).....

.....
DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE PRIVIND ÎNDEPLINIREA CONDIȚIILOR DE DEMNITATE ȘI INCOMPATIBILITATE PREVĂZUTE DE OUG NR. 144/2008

DECLAR pe propria răspundere (cunoscând prevederile Art. 326 din Codul Penal privind falsul 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**

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 răspunderea că toate datele înscrise în acest formular sunt reale, corecte și complete.

.....