

Anexa nr.1 la procedura

Nr. Inregistrare: /

Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA VRANCEA

Cerere eliberare Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul 2025

Subsemnatul (*nume*) (*inițiala tatălul*) (*prenume*)
CNP, telefon, email, membru
al OAMGMAMR filiala Vrancea, declar că îmi exercit profesia de: asistent medical generalist /
moașă /sau asistent medical (specialitatea):

- în regim salarial cu Contract individual de muncă la unitatea:
....., sectia:
- regim Independent:
 - în calitate de PFI cu Contract prestari servicii la:
 - în calitate de titular al Cabinetului de Practică Independentă (C.P.I.).
- Voluntar cu Contract de voluntariat la:

vă rog să îmi aprobați eliberarea Avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei în regim:

- Salarial, P.F.I., C.P.I., Voluntar:

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

- Copla poliței individuale de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru anul calendaristic pentru care se solicită avizul;
- Extras REVISAL (Raport per salariat) semnat, ștampilat și datat de către angajator, cu termen de valabilitate 30 de zile de la data emiterii, pentru calculul cotizației (cu excepția salariaților cărora li se oprește catizația pe ștat și este virată de angajator);
- Documente privind locul desfășurării activității (CIM/ Contract voluntariat/ Prestari Servicii, Adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ, Decizie încetare CIM/Act Aditional prelungire CIM) - in cazul în care au intervenit modificări;
- Copia Certificatului de înregistrare Fiscală (CIF);
- Copla Certificatului de înregistrare a Cabinetului de Practică Independentă;
- Alte documente privind modificări apărute și nededate în statutul profesional sau personal (copie CI., documente schimbare nume, absolvire nouă specializare, etc., pentru actualizarea datelor în Registrul Unic Național);
- Certificat de sănătate fizică și psihică numai pentru asistenții medicali care exercită profesia după vârsta de 65 de ani.

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.

Data:

Semnătura:

Mă angajez că voi informa, în maxim 30 de zile, OAMGMAMR filiala Vrancea de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior înregistrării mele în organizația profesională (concediu medical, concediu creștere copil, suspendare CIM, din alte motive,

Declar că am luat la cunoștință de conținutul informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, filiala Vrancea, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR filiala Vrancea în conformitate cu dispozițiile Regulamentului UE Nr 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a

Declar că **sunt / nu sunt** de acord să primesc notificări și/sau informări din partea OAMGMAMR filiala Vrancea pe adresa personală de email -@, unde îmi pot fi trimise și documente ce conțin datele mele cu caracter personal.

Documentele pot fi depuse sau ridicate de către solicitant sau de către împuternicit conform prevederilor legii.

Data:

Nume și prenume

Semnătura:

Notă. Cererea se completează cu majuscule și se semnează PERSONAL de către solicitant.

Împuternicire simplă

Subsemnatul (nume)/(prenume)
CNP , telefon, membru al OAMGMARM filiala Vrancea,

împuternicesc pe:

(nume)/ (prenume)
CNP, telefon, CI (serle/număr)
Să mă reprezinte în relația cu OAMGMAMR filiala Vrancea în depunerea documentelor și ridicarea AVIZULUI anual pentru autorizarea exercitării profesiei pe anul 2025.

Data:

Nume și prenume

Semnătura: