



Aprob,
Președinte,

CERERE

pentru suspendarea calității de membru

Subsemnatul/a,....., CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

,
membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din
România – Filiala Mureș, cu Certificatul de Membru seria ____ numărul _____,
vă rog să luați act de dorința mea de a mă suspenda din calitatea de membru al OAMGMAMR
pe perioada _____ - _____ pe motiv de _____.

Anexez prezentei cereri:

- certificatul de membru în original
- avizul de liberă practică în original pe anul în curs (dacă este cazul)
- copii (conform cu originalul) ale documentelor justificative (documente medicale, decizii de suspendare a contractului de muncă, carnet de șomaj/ dovada rezidenței în altă țară etc.)
- declarație pe propria răspundere în cazul lipsei locului de muncă în domeniu sau exercitarea unei alte profesii

Localitatea

Data ___/___/___

Semnătura

Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de OAMGMAMR, potrivit Notificării nr. 11.308, în conformitate cu Legea nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. cu modificările și completările ulterioare, în scopul eliberării certificatelor de membru, a adevărului care atestă onorabilitatea și moralitatea. Datele pot fi dezvăluite unor terți în baza unui temei legal justificat. Vă puteți exercita drepturile de acces, de intervenție și de opoziție în condițiile prevăzute de Legea nr. 677/2001, cu modificările și completările ulterioare, printr-o cerere scrisă, semnată și datată, trimisă pe adresa instituției.