

**ANEXA 1**

**Cerere de acreditare - Persoană fizică**

Subsemnata/ul \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, C.I./  
pașaport seria \_\_, nr. \_\_\_\_\_, cu domiciliul în

\_\_\_\_\_ ,  
de profesie \_\_\_\_\_, la \_\_\_\_\_,

Date de contact: Telefon \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_,

prin prezenta solicit acreditarea ca furnizor de servicii de Educație Medicală Continuă pentru asistenți medicali generaliști, moașe și asistenți medicali în cadrul Programului Național de Educație Medicală Continuă al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

**I. Informații despre curs**

1. Tema/temele propuse pentru curs/cursuri:

---

---

---

2. Clasificare tematică:

- competențe generale
- cursuri de specialitate pentru:
  - asistenți medicali generaliști
  - moașe
  - asistenți medicali, în specialitatea \_\_\_\_\_

**II. Informații despre formatorul care urmează să susțină cursuri în cadrul programului de EMC**

1. Titlul profesional/științific :

---

2. Experiența profesională anterioară în domeniul formării (specializări, perfecționări):

---

---

Data : \_\_\_\_\_

Semnătura

**III. Avizul președintelui filialei\***

Sunt de acord ca dl/d-na \_\_\_\_\_ să fie acreditat/ă ca furnizor de formare.

Data : \_\_\_\_\_

Semnătura și ștampila

\*Nu este necesar persoanelor fizice angajați/colaboratori ai unei entități juridice care solicită acreditarea.