

ANEXA 3

Cerere de reacreditare - 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 reacreditarea 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):

III. Declarație pe proprie răspundere

Subsemnata/ul _____ declar pe proprie răspundere că
documentele existente în dosarul de acreditare nr. _____ / _____ sunt valabile și
nu au suferit modificări / au suferit modificări (se subliniază varianta corectă)

Anexez următoarele documente (pentru cazul în care documentele au suferit modificări):

Data: _____

Semnătura

IV. Avizul președintelui filialei*

Sunt/nu sunt** de acord ca dl/d-na _____ (acreditat/ă conform adresei nr.____/____), având numărul _____ în Registrul Național al Furnizorilor de EMC, să fie reacreditat ca furnizor de formare.

Data : _____

Semnătura și stampila

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

**In caz de refuz al avizului se va motiva decizia.