

Anexa nr.2

Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA MUREȘ

CERERE

eliberare adeverință pentru întocmirea parafei profesionale

Subsemnatul, (nume).....prenume).....,

C.N.P.,telefon, email....., membru
al OAMGMAMR filiala MUREȘ,..... având profesia de _____.

vă rog să îmi aprobați cererea de eliberare a unei adeverințe pentru întocmirea parafei
profesionale.

- Mă angajez** că voi informa, **în maxim 30 de zile**, OAMGMAMR filiala MUREȘ. de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior întocmirii parafei;
- Declar** că am luat cunoștință de conținutul Informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către **Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Filiala MUREȘ**, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR filiala 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 acestor date, în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.

Data:

Nume și prenume:

Semnătura: