Nr. Inregistrare: …… ..... / .....

Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA MUREȘ

Cerere eliberare Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei în anul 2027

Subsemnatul *(nume)*…… *(inițiala tatălui)* ……*(prenume)*.....

C.N.P. ……..……,telefon ……, **membru al OAMGMAMR filiala Mureș,**

declar că îmi exercit profesia de: asistent medical generalist / moașă /sau asistent medical (**specialitatea**):

□ **în regim salarial** cu **Contract individual de muncă** la **unitatea**: …… .....

.... …, **secția: .....**

□ **regim independent**: □ **în calitate de PFI** cu **Contract prestari servicii** la: …… ……

□ **în calitate de titular al Cabinetului Indiv. de Practică Independentă** ……..

□ **Voluntar** cu **Contract de voluntariat** la:.....

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

□ **Salarial , □ P.F.I. , □ C.I.P.I., □ Voluntar**: …… ..... …… .....……

□ **Declar că este / nu este sigurul loc unde îmi exercit profesia de .....**

(se va specifica celălalt/celelalte locuri unde vă exercitați profesia de asistent medical și se vor atașa documente, REGES

(CERERILE CARE NU AU COMPLETATE CĂSUȚELE CORESPUNZĂTOARE SAU DOCUMENTE ANEXATE NU SE PROCESEAZĂ!)

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

□ **Certificatul de membru în original**

□ **Copia poliței de asigurare civilă** pentru greșeli în activitatea profesională, încheiată în mod **obligatoriu INDIVIDUAL**, valabilă din data de **01.01.2027** până la **31.12.2027**;

□ **Extras REGES (Registrul General de Evidență a Salariaților)** semnat, ștampilat şi datat de către angajator, emis în luna curentă;

□ **Documente privind locul desfășurării activității** (CIM/ Contract voluntariat (însoțit de Fișa voluntarului)/ Prestari Servicii (însoțit de Fișa de atribuții)**,** Adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ, Decizie încetare CIM/Act Adiţional prelungire CIM) – **în cazul în care au intervenit modificări**;

□ **Copia Certificatului de înregistrare Fiscală (CIF) – dacă este cazul;**

□ **Copia Certificatului de înregistrare a Cabinetului Indiv. de Practică Independentă – dacă este cazul;**

□ **Copie C.I.(Cărțile de Identitate noi vor fi însoțite de adeverința cu domiciliu! copie față-verso pentru CI noi)**

□ **Alte documente** privind modificări apărute și nedeclarate în statutul profesional sau personal (**documente schimbare nume**, absolvire **nouă specializare în copie legalizată**, etc., pentru actualizarea datelor în Registrul Unic Național);

□ **Certificat medical tip. A5** - **numai pentru asistenţii medicali pensionari**;

□ **30 credite EPC pt. anul 2026** (copiile certificatelor de absolvire a cursurilor EPC);

□ Dovada achitării cotizației de membru (***cu excepția salariaților cărora li se oprește cotizația pe stat și este virată de angajator***).

Cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații, uzul de fals, precum și faptul că eventualele declaraţii inexacte sau false pot determina sancţiuni 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:* .....

(CERERILE CARE NU AU BIFATE CĂSUȚELE CORESPUNZĂTOARE ȘI /SAU INCOMPLETE NU SE PROCESEAZĂ!)

- ***Declar că la data semnării prezentei cereri sunt / nu sunt în una din următoarele situații:***

  □ ***concediu medical,***

  □ ***concediu de crestere copil,***

  □ ***suspendare CIM din alte motive;***

- ***Declar că am luat la cunoştinţă de prevederile legale privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moaşă, respectiv asistent medical pe teritoriul României*** *şi că această profesie este incompatibilă cu orice acţiune de orice natură ce aduce atingere demnităţii profesionale sau bunelor moravuri, conform Codului de Etică şi Deontologie al OAMGMAMR și:*
  - **Sunt / Nu sunt cercetat și/sau condamnat penal privind exercitarea profesiei;**

(se va tăia cu o linie ceea ce nu este conform realității)

□ ***Mă angajez*** *că voi informa,* ***în maxim 30 de zile****, OAMGMAMR filiala Mureș de orice schimbare privind statutul profesional şi/sau orice modificare a altor date personale apărută ulterior înregistrării mele în organizaţia profesională;*

□ ***Declar că am luat cunoștință de conținutul Informării privind prelucrarea datelor*** *cu caracter personal de către* ***Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenţilor Medicali din România, Filiala Mureș,*** *cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR filiala Mureș în conformitate cu dispoziţiile Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, în scopul îndeplinirii atribuţiilor legale ale OAMGMAMR.*

Declar că sunt/ nu sunt de acord *să primesc notificări și/sau informări din partea OAMGMAMR filiala Mureș pe* ***adresa personală de e-mail .....@*** *……. ..... ,*

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 şi se semnează PERSONAL de către solicitant.