

Nr. Inregistrare: /

Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA Vâlcea

Cerere eliberare Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei în anul 2025

(PREZENTUL FORMULAR SE COMPLETEAZĂ CU CERNEALĂ ALBASTRĂ LIZIBIL, NUMAI CU MAJUSCULE)

Subsemnatul (nume) (inițiala tatălui) (prenume),

C.N.P., telefon, membru al OAMGMAMR filiala,

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 aprobați eliberarea Avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei în regim:

Salarial , P.F.I. , C.I.P.I., Voluntar:

Declar că este / nu este singurul loc unde îmi exercit profesia de

(se va specifica celălalt/celelalte locuri unde vă exercitați profesia de asistent medical și se vor atașa documente, CIM + REVISAL - numai în cazul în care nu au fost deja transmise/depuse până la data solicitării)

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

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

- Copia poliței de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, încheiată în mod obligatoriu INDIVIDUAL, valabilă până la finele anului calendaristic;
- Extras REVISAL (Raport per salariat) semnat, ștampilat și datat de către angajator, termen de valabilitate 10 zile de la data emiterii, pentru calculul cotizației și fluturas de salariu pentru asistentii medicali carora li se opreste cotizatia pe statul de plata ;
- Documente privind locul desfășurării activității (CIM/ Contract voluntariat/ Prestari Servicii, Adeverință de la angajator pentru cei care profesază în baza unui act administrativ, Decizie încetare CIM/Act Adițional prelungire CIM) – în cazul în care au intervenit modificări;
- Copia Certificatului de înregistrare Fiscală (CIF)
- Copia Certificatului de înregistrare a Cabinetului Indiv. de Practică Independentă;
- Alte documente privind modificări apărute și nedecarate în statutul profesional sau personal (copie C.I., documente schimbare nume, absolvire nouă specializare, etc., pentru actualizarea datelor în Registrul Unic Național);
- Certificat medical tip. A5 - numai pentru asistenții medicali pensionari
- Certificat de membru in original.

Cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații, uzul de fals, precum și faptul că eventualele declarații inexacte sau false pot determina sancțiuni 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 creștere copil,**
 - suspendare CIM din alte motive;**
- **Declar că am luat la cunoștință de prevederile legale privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moașă, respectiv asistent medical pe teritoriul României și că această profesie este incompatibilă cu orice acțiune de orice natură ce aduce atingere demnității profesionale sau bunelor moravuri, conform Codului de Etică și 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 Vâlcea de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărută ulterior înregistrării mele în organizația profesională;**
- 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 Vâlcea cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR filiala Vâlcea 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.**

Declar că sunt/ nu sunt de acord să primesc notificări și/sau informări din partea OAMGMAMR filiala Vâlcea 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 și se semnează PERSONAL de către solicitant.