



Anexa nr. 1 la procedură

Nr. Înregistrare: _____ / _____

Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA NEAMȚ

**Cerere eliberare Aviz anual
pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul 2024**

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

C.N.P. _____, telefon _____, email _____

membru al OAMGMAMR filiala Neamț, 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 de Practică Independentă (C.P.I.). _____

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.P.I., Voluntar: _____

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

- Copia poliței individuale de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru anul calendaristic pentru care se solicită avizul;
- Extras REVISAL (Raport per salariat) semnat, ștampilat și datat de către angajator, cu termen de valabilitate 30 de zile de la data emiterii, pentru calculul cotizației (**cu excepția salariiților cărora li se oprește cotizația pe ștat și este virată de angajator**);
- Documente privind locul desfășurării activității (CIM/ Contract voluntariat/ Prestari Servicii, Adeverință de la angajator pentru cei care profesează 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 de Practică Independentă;
- Alte documente privind modificări apărute și nedeclarate în statutul profesional sau personal (copie C.I., documente schimbare nume, absolvire nouă specializare, etc., pentru actualizarea datelor în Registrul Unic Național);

Certificat de sănătate fizică și psihică - numai pentru asistenții medicali care exercită profesia după vârsta de 65 de ani.

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: _____

- Mă angajez** că voi informa, **în maxim 30 de zile**, OAMGMAMR filiala Neamț 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 Neamț**, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR filiala Neamț. 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 informații din partea OAMGMAMR filiala Neamț 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 CU MAJUSCULE, CU PIX DE CULOARE ALBASTRĂ ȘI SE SEMNEAZĂ PERSONAL DE CĂTRE SOLICITANT.