

OAMGMAMR - Filiala

CERERE

Domnule/Doamnă Președinte,

Subsemnatul(a), nume, prenume,
profesia, domiciliat(ă) în str. nr.
....., bl., sc., et., localitatea
....., sectorul/județul, telefon
nr., după caz, prin împuternicit nume, prenume
....., posesor al CI seria nr., cu împuternicirea
notarială nr., data, vă rog să binevoiți a-mi
aproba eliberarea unui certificat de status profesional curent, necesar
în vederea:

stabilirii relațiilor contractuale pentru furnizarea serviciilor de
îngrijiri de sănătate, la cererea angajatorului;

exercitării profesiei în afara granițelor României.

Menționez că:

sunt membru OAMGMAMR -Filiala și titular al Certificatului
de membru seria nr.;

exercit în prezent profesia de, după caz, în calitate
de:

salariat la (denumirea unității de încadrare, adresa, tel., e-mail)
.....
.....

titular al cabinetului individual (denumirea, adresa, tel., e-mail)
.....
.....
.....

persoană fizică independentă în cadrul (denumirea unității sanitare,
adresa, tel., e-mail)
.....
.....

Am deținut calitatea de membru OAMGMAMR - Filiala
..... cu Certificatul de membru seria nr. ...
..... până la data de și am exercitat profesia de

....., pe teritoriul României, până la data de
..... în cadrul (denumirea unității sanitare, adresa,
tel., e-mail),
în calitate de

salariat titular de cabinet persoană fizică independentă
voluntar.

Nu sunt membru OAMGMAMR.

Declar pe propria răspundere că în prezent nu exercit profesia de
..... în România.

Sunt de acord cu prelucrarea, în condițiile legii, a datelor mele
personale, de către OAMGMAMR - Filiala în
vederea eliberării certificatului de status profesional curent.

Anexez prezentei cereri următoarele acte:

copia C.I./pașaport; copia actului din care rezultă dubla
cetățenie;

copia certificatului de căsătorie/documentului de schimbare a
numelui;

copii de pe documentele de studii care atestă formarea în profesia
de

copia titlului de calificare obținut în străinătate și a documentului
de recunoaștere a calificării;

copia foii matricole/suplimentului la diplomă;

copii de pe documente care atestă specializarea postbază;

adeverința din care rezultă perioada școlarizării, în original;

adeverința din care rezultă perioada specializării postbază, în
original;

copia certificatului/adeverinței de promovare a examenului de grad
principal;

copia adeverinței/certificatului prin care se atestă efectuarea
programului special de revalorizare a calificării;

documente din care să rezulte:

denumirea oficială a unității sanitare de încadrare;

denumirea oficială a unității de exercitare a profesiei pe bază de
contract de voluntariat;

|_| denumirea oficială a cabinetului de practică independentă de exercitare a profesiei, la data cererii;

|_| data și funcția de încadrare sau, după caz, calitatea de voluntar, de titular de cabinet sau de persoană fizică independentă;

|_| concediile, la data solicitării:

|_| pentru incapacitate temporară de muncă;

|_| pentru îngrijire copil;

|_| fără plată;

|_| certificat de cazier judiciar, în original;

|_| dovada achitării taxei de eliberare.

Data

.....

Semnătura

.....

.....