

Declarație de consimțământ privind prelucrarea datelor personale

Subsemnatul/a.....CNP....., legitimat/ă cu BI/CI seria....., nr....., prin prezenta confirm faptul că OAMGMAMR Filiala Olt a procedat la informarea mea privind prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul îndeplinirii obligațiilor legale privind controlul și supravegherea exercitării profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical.

➤ **Scopul prelucrării datelor:** înregistrarea în Registrul Unic Național al asistenților medicali generalişti, moaşelor și asistenților medicali, eliberarea certificatelor de membru și duplicate, evidența membrilor și comunicarea cu aceștia, suspendarea/întreruperea suspendării din calitatea de membru, eliberarea avizelor anuale pentru exercitarea profesiei, reatestarea profesională, recunoașterea calificărilor profesionale, organizarea examenelor, derularea activităților de educație medicală continuă (inclusiv online), creditare a cursuri, eliberarea diplomelor de participare la cursurile EMC și a duplicatelor acestora, eliberarea adeverințelor, soluționarea cererilor și petițiilor, analizarea cazurilor de abateri de la normele de etică și deontologie profesională și de la regulile de bună practică profesională (în calitate de organ de jurisdicție profesională), pentru interogarea sau informare IMI, avizarea înființării de cabinete individuale, îndeplinirea altor obligații legale și în contextul relației dintre persoana vizată și organizația profesională, pentru atingerea scopurilor legitime și asigurarea identificării unice a persoanei în sistemele și evidențele OAMGMAMR.

➤ **Datele cu caracter personal prelucrate sunt:** nume și prenume, codul numeric personal, seria și numărul actului de identitate, data nașterii, locul nașterii, adresa de domiciliu/de corespondență, telefon, email, date privind starea civilă, cetățenia, starea de sănătate, abaterile disciplinare, locul de muncă, formarea profesională, venitul, cazierul judiciar.

În aceste condiții, cunoscând identitatea operatorului, scopul prelucrării datelor și drepturile mele, **îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal** de către Ordinul Asistenților Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenților Medicali din România – Filiala Olt, pe toată durata existenței calității mele de membru al OAMGMAMR.

➤ Prin completarea și semnarea prezentului document, dumneavoastră confirmați că ați citit, ați fost informat/ă corect, complet, precis, ați luat la cunoștință și înțelegeți pe deplin atât scopul prelucrării cât și drepturile de care beneficiați, conform prevederilor legale aplicabile, respectiv: *dreptul de a fi informat, dreptul de acces, dreptul la rectificare, dreptul la ștergere a datelor, dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție și procesul decizional individual automatizat, inclusiv crearea de profiluri.*

Modalitatea prin care solicit să fiu contactat/ă în scopul furnizării de informații este:

Tel.: _____

E-mail: _____

Nume, prenume _____

Semnătura

Data: ____/____/____

Nota de informare privind prelucrarea datelor este disponibilă la avizierul instituției și pe site-ul www.oamgmamrolt.ro.

Pentru exercitarea drepturilor de acces, intervenție, rectificare, portare, ștergere, restricționare, opoziție, retragere consimțământ, vă puteți adresa OAMGMAMR Filiala Olt printr-o cerere scrisă, semnată și datată, (str. Crișan nr.9-11, Slatina) sau responsabilului pentru protecția datelor la e-mail: oammr_olt@yahoo.com.