

CERERE TIP

Către,

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR
MEDICALI DIN ROMÂNIA FILIALA ARAD

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în
localitatea _____ str. _____,
bloc _____, sc. ____, ap. ____, județul _____, nr. telefon _____,
adresă e-mail _____,
profesia _____,
după caz prin _____ împuternicit în baza procurii speciale
nr. _____ din data de _____, vă rog să îmi eliberați documentul necesar
recunoașterii titlului meu de calificare în celelalte state membre UE.

În acest sens, depun următoarele acte:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____

☐ Sunt de acord cu prelucrarea, în condițiile legii, a datelor mele personale, de către
OAMGMAMR și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Subsemnatul _____ îmi asum responsabilitatea
autenticității documentelor depuse.

Data

Semnătura