

CERERE TIP

Către,

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

Subsemnatul/a cu
domiciliul în localitatea
str., nr., bloc, ap., et., județul
....., nr. telefon, adresă e-mail
....., profesia,
după caz prin împuternicit în baza procurii speciale/notariale 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.

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

Subsemnatul/a îmi asum
responsabilitatea autenticității documentelor depuse.

Data

.....

Semnătura

.....