Formular: PA00108112023 Aprob
Nr. de înregistrare: _____ /_____ președinte

Către **Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România – Filiala Covasna**

CERERE

de eliberare a adeverinței pentru întocmirea parafei profesionale

*NOTĂ: Cererea se completează **lizibil cu majuscule** și se semnează **PERSONAL** de către solicitant!*

Subsemnatul, (numele, prenumele) _____ , C.N.P. __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/, telefon __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/, e-mail: _____ , membru al **Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (denumit în continuare OAMGMAMR) – Filiala Covasna**, având profesia de _____ _____ , vă rog să îmi aprobați cererea de eliberare a unei adeverințe pentru întocmirea parafei profesionale.

☐ **Mă angajez că voi informa, în maximum 30 de zile,** OAMGMAMR – Filiala Covasna despre orice schimbare privind statutul profesional și / sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior întocmirii parafei.

☐ **Declar că am luat cunoștință de conținutul informării privind prelucrarea datelor** cu caracter personal de către, OAMGMAMR – Filiala Covasna, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR – Filiala Covasna în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.

Data: _____ Numele și prenumele: _____

Semnătura: _____