

Către **Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și
Asistenților Medicali din România – Filiala Covasna****CERERE****de eliberare document necesar recunoașterii titlului de calificare***NOTĂ: Cererea se completează **lizibil cu majuscule** și se semnează **PERSONAL** de către solicitant!*

Subsemnatul(a), _____, cu
domiciliul în localitatea _____, str. _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____, județul _____, nr. de telefon
_____, adresă de 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 ale Uniunii
Europene.

În acest sens depun următoarele acte:

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

Îmi asum responsabilitatea autenticității documentelor depuse.

Data: _____

Numele și prenumele: _____

Semnătura: _____