

Împuternicire

Subsemnații, asistenții medicali generaliști, moașe și asistenții medicali angajați al (numele unității medicale): _____, semnatori al **tabelului**, conform Hotărârii Consiliului Național al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (denumit în continuare OAMGMAMR) cu nr. 25/2023 împuternicim pe asistentul medical generalist / moașă / asistent medical membru activ al OAMGMAMR – Filiala Covasna (numele și prenumele): _____ cu domiciliul la adresa: _____ având cod numeric personal (CNP) __/__/__/__/__/__/__/__/__/__, să ne reprezinte pentru depunerea documentelor și ridicarea avizelor anuale de exercitare a profesiei de asistent medical pentru **anul 2027**.

Note pentru împuternicit!

- înainte de preluarea documentelor, verificați ca fiecare dosar să conțină obligatoriu:
 - **cererea de aviz** (completată **lizibil cu majuscule** și semnată **Personal** de către solicitant);
 - **un exemplar sau o copie a poliței individuale de asigurare civilă** (copia trebuie să fie de bună calitate, cu o rezoluție minimă de 300 dpi, mărime 1:1 la scanare/imprimare, nu se acceptă copii făcute din unghiuri înclinate sau copii imprimate după fotografii făcute cu telefonul mobil etc.);
- polița individuală de asigurare civilă trebuie să fie valabilă pentru anul calendaristic pentru care se solicită avizul, adică **până la 31 decembrie 2027**.

Nr. crt.	Numele și prenumele	CNP (cod numeric personal)	Semnătura de acord
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Ca persoană împuternicită sunt de acord și mă angajez să respect protecția datelor cu caracter personal în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016.

Data: ____/____/____

Semnătura: _____