

ANEXA 1

Cerere de acreditare - Persoană fizică

Subsemnata/ul _____, CNP _____, C.I./
pașaport seria _____, nr. _____, cu domiciliul în

_____ ,
de profesie _____, la _____,

Date de contact: Telefon _____, e-mail: _____,

prin prezenta solicit acreditarea ca furnizor de servicii de Educație Medicală Continuă pentru asistenți medicali generaliști, moașe și asistenți medicali în cadrul Programului Național de Educație Medicală Continuă al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

I. Informații despre curs

1. Tema/temele propuse pentru curs/cursuri:

2. Clasificare tematică:

☐ competențe generale

☐ cursuri de specialitate pentru:

☐ asistenți medicali generaliști

☐ moașe

☐ asistenți medicali, în specialitatea _____

II. Informații despre formatorul care urmează să susțină cursuri în cadrul programului de EMC

1. Titlul profesional/științific :

2. Experiența profesională anterioară în domeniul formării (specializări, perfecționări):

Data : _____

Semnătura

III. Avizul președintelui filialei*

Sunt de acord ca dl/d-na _____ să fie acreditat/ă ca furnizor de formare.

Data : _____

Semnătura și ștampila

*Nu este necesar persoanelor fizice angajați/colaboratori ai unei entități juridice care solicită acreditarea.