

**ANEXA 3**

**Cerere de reacreditare - 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 reacreditarea 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):

---

---

**III. Declarație pe proprie răspundere**

Subsemnata/ul \_\_\_\_\_ declar pe proprie răspundere că documentele existente în dosarul de acreditare nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ sunt valabile și nu au suferit modificări / au suferit modificări (se subliniază varianta corectă)

Anexez următoarele documente (pentru cazul în care documentele au suferit modificări):

---

---

---

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura

**IV. Avizul președintelui filialei\***

Sunt/nu sunt\*\* de acord ca dl/d-na \_\_\_\_\_ (acreditat/ă conform adresei nr.\_\_\_\_/\_\_\_\_), având numărul \_\_\_\_\_ în Registrul Național al Furnizorilor de EMC, să fie reacreditat ca furnizor de formare.

---

---

---

Data : \_\_\_\_\_

Semnătura și stampila

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

\*\*In caz de refuz al avizului se va motiva decizia.