

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

Cerere pentru suspendarea calității de membru

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

Subsemnatul/a, _____, membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) - Filiala Covasna, având cod numeric personal (CNP) .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../..., numărul de telefon .../.../.../.../.../.../.../.../..., adresa de e-mail: _____, vă rog să luați act de dorința mea de a mă suspenda din calitatea de membru al OAMGMAMR pe perioada/...../.....-...../...../....., pe motiv de

Anexez prezentei cereri:

☐ certificatul de membru în original;

☐ avizul de liberă practică în original pe anul în curs (dacă este cazul);

☐ copii (conform cu originalul) ale documentelor justificative (documente medicale, decizii de suspendare a contractului de muncă, carnet de șomaj, dovada rezidenței în altă țară etc.);

☐ declarație pe propria răspundere în cazul lipsei locului de muncă în domeniu sau exercitarea unei alte profesii.

☐ Declar că am luat cunoștință de conținutul informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - 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: ____/____/_____

Semnătura: _____