

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

Cerere pentru încetarea suspendării 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 adresez rugămintea de a-mi aproba încetarea suspendării calității de membru al OAMGMAMR - Filiala Covasna, începând cu data de/...../..... .

Anexez prezentei cereri:

☐ cazierul judiciar în original (pentru a-i servi la OAMGMAMR - Filiala Covasna);

☐ adeverința care atestă starea de sănătate corespunzătoare, eliberată cu cel mult 6 luni anterior de către medicul de familie al solicitantului;

☐ avizul psihologic, eliberat pe baza unei evaluări psihologice realizate în cadrul unei unități specializate acreditate, valabil potrivit prevederilor legale.

☐ 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: _____