

Nr. de înregistrare: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nr. aviz: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**CERERE**

**de eliberare a avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul 2025**

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

Subsemnatul, (numele, prenumele) \_\_\_\_\_ ,

C.N.P. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

e-mail (personal) \_\_\_\_\_ ,

membru al **Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din  
România (denumit în continuare OAMGMAMR) – Filiala Covasna**, declar că îmi exercit profesia de:

asistent medical generalist /  moașă / sau  asistent medical (specialitatea):

în regim salarial cu Contract Individual de Muncă (CIM) la unitatea:

în regim independent:  în calitate de Persoană Fizică Independentă (P.F.I.) cu contract  
prestări servicii la:

în calitate de titular al Cabinetului de Practică Independentă (C.P.I.)

în calitate de voluntar cu contract de voluntariat la:

și vă rog să îmi aprobați eliberarea avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei în regim:

salarial,  P.F.I.,  C.P.I.,  voluntar.

Anexez prezentei cereri următoarele documente (copiile necesare se fac la sediul filialei):

polița individuală de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, **valabilă pentru  
anul calendaristic pentru care se solicită avizul;**

extras REVISAL (raport per salariat) semnat de către angajator, **care să nu fie mai vechi de 30  
de zile de la data emiterii**, pentru calculul cotizației (cu excepția salariaților cărora li se reține  
cotizația pe statul de plată și este virată de angajator);

documente privind locul desfășurării activității (CIM / contract de voluntariat / prestări  
servicii, adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ,  
decizie de încetare a CIM / act adițional de prelungire a CIM) – **în cazul în care au intervenit  
modificări;**

Certificatul de Înregistrare Fiscală (CIF) – **dacă este cazul;**

Certificatul de înregistrare a cabinetului de practică independentă – **dacă este cazul;**

alte documente privind **modificări apărute și nedeclareate în statutul profesional sau personal**  
(C.I., documente de schimbare a numelui, absolvirea unei noi specializări etc., pentru  
actualizarea datelor în Registrul național unic al asistenților medicali generaliști, moașelor și  
asistenților medicali din România);

certificat de sănătate fizică și psihică – numai pentru asistenții medicali care exercită profesia  
după vârsta de 65 de ani.

Cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații, uzul de fals, precum și faptul că **eventualele declarații inexacte sau false pot determina sancțiuni civile și / sau penale**, declar că toate informațiile, datele și documentele furnizate sunt corecte și complete și că nu mă aflu în stare de nedemnitate, incompatibilitate sau în altă situație care împiedică exercitarea profesiei **la data depunerii cererii**.

**Mă angajez** că voi informa în **maxim 30 de zile** OAMGMAMR – Filiala Covasna de orice schimbare privind statutul profesional și / sau orice modificare a altor date personale apărută ulterior înregistrării mele în organizația profesională (concediu medical, concediu de creștere a copilului, suspendarea CIM din alte motive etc.).

**Declar că am luat cunoștință de conținutul informării privind prelucrarea datelor** cu caracter personal de către **Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor 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.

**Declar că**  **sunt** /  **nu sunt de acord** să primesc notificări și / sau informări din partea OAMGMAMR – Filiala Covasna pe **adresa personală de e-mail**, unde îmi pot fi trimise și documente ce conțin datele mele cu caracter personal.

Documentele pot fi depuse sau ridicate **de către solicitant sau de către împuternicit** conform prevederilor legii.

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

Numele și prenumele: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_

-----  
**(se completează de către OAMGMAMR – Filiala Covasna)**

Nr. credite obținute în 2024: \_\_\_\_ din cursuri: \_\_\_\_ . Verificat de: \_\_\_\_\_

Cotizația achitată la zi:  da,  nu. Semnătura: \_\_\_\_\_