

Nr. aviz: ____/____/____/____/

**Aprob
presedinte**

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

Cerere de eliberare a avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul 2027

Notă: Cererea se completează lizibil cu majuscule și se semnează Personal de către solicitant!

Subsemnatul (numele, prenumele) _____ ,
având cod numeric personal (CNP) __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__, numărul de
telefon __/__/__/__/__/__/__/__/__/__, adresa de 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 în specialitatea de:

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

□ în regim independent:

☐ în calitate de Persoană Fizică Independentă (P.F.I.) cu contract de 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) datat și certificat pentru conformitate de către angajator, cu termen de valabilitate de 30 de zile de la data emiterii, pentru calculul cotizației (cu excepția salariaților cărora li se oprește 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 nedecarate 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 asistentilor medicali din România);

☐ certificatul medical **tip A5** cu examen psihiatric și medicină internă, prin care să se ateste că: **Nu este în evidență cu boli cronice, fizice și psihice care fac imposibilă practicarea profesiei de asistent medical.** – 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, 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.

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: ____/____/____

Semnătura: _____

(se completează de către OAMGMAMR – Filiala Covasna)

Nr. credite obținute în 2026: ____ din cursuri: ____ . Verificat de: _____

Cotizația achitată la zi: ☐ da / ☐ nu.

Semnătura: _____

Anexă la procedura aprobată prin Hotărârea nr. 25 din 12 octombrie 2023 cu modificările și completările ulterioare.