Doamna Președinte,

 Subsemnatul/a............................................................................................, asistent medical/moașă, specialitatea.................................................................., angajat la...........................................................................vă rog să binevoiți a-mi elibera Certificatul de Membru în specialitatea.................................................... conform O.U.G. 144/2008.

|  |
| --- |
| * Datele dumneavoastră personale sunt prelucrate de Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România - Filiala Bucureşti, în scopul îndeplinirii obligațiilor legale ce îi revin în temeiul prevederilor OUG nr.144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moaşă şi a profesiei de asistent medical, precum şi organizarea şi funcţionarea Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, aprobată prin Legea nr.53/2014, cu modificările și completările ulterioare. Modul de gestionare a datelor cu caracter personal respectă reglementările Regulamentul (UE) 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date (Regulamentul general privind protecția datelor "GDPR").

Nota de informare privind prelucrarea datelor este disponibilă la avizierul instituţiei şi pe site-ul [*www.oammrbuc.ro*](http://www.oammrbuc.ro) la următoarea adresă *http://www.oammrbuc.ro/fisiere/prelucraredatepersonale.*Pentru exercitarea drepturilor de acces, intervenție, rectificare, portare, ștergerea, restricţionare, opoziţie, *retragere consimţământ*, vă puteţi adresa OAMGMAMR Filiala Bucureşti printr-o cerere scrisă, semnată şi datată, (str. Avrig nr. 12, sector 2 Bucureşti) sau responsabilului pentru protecția datelor la e-mail: *protectiadatelor@oammrbuc.ro*  |

Data, Semnătura,

Doamnei Președinte a OAMGMAMR – filiala Municipiului București