

CERERE
pentru reatestarea competenței profesionale

Către

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști,
Moșelor și Asistenților Medicali din România
– Filiala București

Subsemnatul/a,....., cu domiciliul în localitatea
....., str....., bl., sc....., ap....., județul.....,
nr. telefon , adresă de e-mail.....,
Profesia....., vă rog să îmi aprobați înscrierea la
procedura de reatestare a competenței profesionale.

În acest sens depun următoarele documente:

- a) copie carte de identitate (CI);
- b) dovada calității de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști,
Moșelor și Asistenților Medicali din România;
- c) certificat de sănătate fizică și psihică;
- d) cazier judiciar;
- e) documente care să ateste vechimea dobândită anterior în exercitarea
profesiei;
- f) dovada achitării taxei pentru reatestarea competenței profesionale.

Subsemnatul/a, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul
în declarații, declar pe propria răspundere faptul că nu am antecedente penale,
respectiv nu am fost condamnat pentru săvârșirea unei infracțiuni legate de
exercitarea profesiei.

Subsemnatul/a declar că am luat cunoștință de conținutul Notei de informare
privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților
Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România și cunosc
condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Data

Semnătura

.....

.....