

Declarație de consimțământ privind prelucrarea datelor personale

Subsemnatul/a, posesor al CI seria, numărul....., CNP....., prin prezenta confirm faptul că OAMGMAMR Filiala București a procedat la informarea mea privind prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul îndeplinirii obligațiilor legale privind controlul și supravegherea exercitării profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical.

➤ **Scopul prelucrării datelor:** înregistrarea în Registrului Unic Național al asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali, eliberarea certificatelor de membru și duplicate, evidența membrilor și comunicarea cu aceștia, suspendarea/întreruperea suspendării din calitatea de membru, eliberarea avizelor anuale pentru exercitarea profesiei, reatestarea profesională, recunoașterea calificărilor profesionale, organizarea examenelor, derularea activităților de educație medicală continuă (inclusiv online), creditare cursuri, eliberarea diplomelor de participare la cursurile EMC și a duplicatelor acestora, eliberare adeverințe, soluționarea cererilor și petițiilor, analizarea cazurilor de abateri de la normele de etică și deontologie profesională și de la regulile de bună practică profesională (în calitate de organ de jurisdicție profesională), pentru interogarea sau informare IMI, avizarea înființării de cabinete individuale, îndeplinirea altor obligații legale și în contextul relației dintre persoana vizată și organizația profesională, pentru atingerea scopurilor legitime și asigurarea identificării unice a persoanei în sistemele și evidențele OAMGMAMR.

➤ **Datele cu caracter personal prelucrate sunt:** nume și prenume, codul numeric personal, seria și numărul actului de identitate, data nașterii, locul nașterii, adresa de domiciliu/de corespondență, telefon, email, date privind starea civilă, cetățenia, starea de sănătate, abaterile disciplinare, locul de muncă, formarea profesională, venitul, cazierul judiciar.

În aceste condiții, cunoscând identitatea operatorului, scopul prelucrării datelor și drepturile mele (dreptul la acces la date, dreptul la ștergerea datelor „dreptul de a fi uitat”, dreptul la restricționare, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție, dreptul la rectificare), **îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal** de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala București, pe toată durata existenței calității mele de membru al OAMGMAMR.

Modalitatea prin care solicit să fiu contactat/ă în scopul furnizării de informații este:

Tel:

E-mail:.....

Declar că am înțeles această declarație de consimțământ, am citit informarea privind prelucrarea datelor și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale în scopurile descrise în această declarație de consimțământ.

Nume, prenume: _____

Semnătura,

Data: ____/____/____

Nota de informare privind prelucrarea datelor este disponibilă la avizierul instituției și pe site-ul www.oammbuc.ro la următoarea adresă <http://www.oammbuc.ro/fisiere/cereritipizate/prelucraredatepersonale.pdf>.

Pentru exercitarea drepturilor de acces, intervenție, rectificare, portare, ștergerea, restricționare, opoziție, retragere consimțământ, vă puteți adresa OAMGMAMR Filiala București printr-o cerere scrisă, semnată și datată, (str. Avrig nr. 12, sector 2 București) sau responsabilului pentru protecția datelor la e-mail: protectiadatelor@oammbuc.ro.