

**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI,
MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA**

Comisia locală de examen _____

Specialitatea _____

Nr. înregistrare _____/_____

CERERE DE ÎNSCRIERE

Subsemnatul/a,

(numele și prenumele)

domiciliat/ă în localitatea, str.,

nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul,

C.I./B.I. sr. nr., CNP,

telefon, solicit înscrierea la examenul de grad principal sesiunea.....,

specialitatea

Menționez că am luat la cunoștință de prevederile *Metodologiei de organizare și desfășurare a examenului de grad principal.*

.....

(semnătura)

.....

(data)