



Aprobat,
PREȘEDINTE

**CERERE ELIBERARE AVIZ ANUAL
DE AUTORIZARE A EXERCITĂRII PROFESIEI**

Subsemnatul/a _____
Asistent medical în specialitatea _____ angajat la
(actualul loc de muncă) _____ începând cu data de
_____ domiciliat în localitatea _____ posesor a C.I. seria ____
nr. _____ valabil până la data de _____ membru al
OAMGMAMR Filiala Alba cu Certificatul de Membru seria __ nr.....
solicit eliberarea AVIZULUI ANUAL pentru autorizarea exercitării profesiei în baza
actelor depuse la dosar, conform OUG 144 / 28.11.2008, obligându-mă să respect
Legea exercitării profesiei, Statutul și Codul de Etică și Deontologie profesională, cât și
Jurământul profesional.
Declar pe propria răspundere că îndeplinesc toate condițiile necesare conform OUG
144/ 28.11.2008 art. 14 și 15 referitoare la nedemnități și incompatibilități în
practicarea profesiei.

DATA

Semnătura,

Număr telefon :.....

Adresa e-mail:.....