

Aprobat Președinte

**CERERE DE ELIBERARE
A ADEVERINȚEI DE PARTICIPARE LA CONCURS**

COTIZAȚIE



Doamnă/Domnule Președinte,

Subsemnatul/a _____

cu domiciliul în _____

CNP _____, legitimat/ă cu C.I./B.I. seria _____ nr. _____

membru al Filialei ALBA a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și

Asistenților Medicali din România, rog să aprobați prezenta cerere prin care solicit

eliberarea unui adeverințe care să ateste calitatea de membru.

Solicit aceasta pentru înscrierea la concursul/examenul din data de _____

care se va desfășura la _____.

SUNT DE ACORD cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala ALBA în scopul îndeplinirii obligațiilor legale ce-i revin conform Ordonanței de urgență nr.144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, aprobată prin Legea nr.53/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Data,

Semnătura,

*Doamnei/Domnului Președinte a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și
Asistenților Medicali din România - Filiala ALBA*

Adeverința este reglementată de Hotărârea nr. 35/04.12.2015 a Consiliului Național al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România publicat în Monitorul Oficial nr. 951 din 22 decembrie 2015.