

CERERE TIP

Către,

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI
ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA FILIALA NEAMȚ

Subsemnatul/a _____
cu domiciliul în localitatea _____,
str. _____, bloc _____, sc. _____,
ap. _____, județul _____, nr. telefon _____,
adresă e- mail _____, profesia _____,
după caz prin _____, împuternicit în baza procurii speciale nr. _____,
din data de _____, vă rog să îmi eliberați documentul
necesar recunoașterii titlului meu de calificare în celelalte state membre UE.

În acest sens, depun următoarele acte:

1. ..
2. ..
3. ..
4. ..
5. ..
6. ..
7. ..
8. ..
9. ..
- 10..
- 11..

☐ Sunt de acord cu prelucrarea, în condițiile legii, a datelor mele personale, de către OAMGMAMR și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Subsemnatul _____, îmi asum responsabilitatea
autenticității documentelor depuse.

Data

Semnătura