

CERERE TIP

Către,

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

Subsemnatul/a cu domiciliul în
localitatea str., nr., bloc, sc., ap.
....., județul, nr. telefon, adresă e-mail
....., profesia vă rog să îmi eliberați
documentul necesar recunoașterii titlului meu de calificare în celelalte state membre UE.

Solicit documentul în format:

- ☐ digital cu semnătură electronică
- ☐ digital cu semnătură electronică și letrică (document fizic semnat și ștampilat)
- ☐ Sunt de acord cu prelucrarea, în condițiile legii, a datelor mele personale, de către OAMGMAMR și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Cunoscând prevederile art.326 din Legea nr.286/2009 privind Codul penal, cu modificările
și completările ulterioare, referitoare la falsul în declarații, subsemnatul.....
..... declar pe propria răspundere că documentele depuse îmi aparțin și sunt
autentice.

Data

Semnătura