CERERE TIP

Către,

ORDINUL ASISTENŢILOR MEDICALI GENERALIŞTI, MOAŞELOR ŞI ASISTENŢILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA FILIALA SUCEAVA

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

Solicit documentul în format:

□ digital cu semnătură electronică

□ digital cu semnătură electronică şi letrică (document fizic semnat şi ştampilat)

□ Sunt de acord cu prelucrarea, în condiţiile legii, a datelor mele personale, de către OAMGMAMR şi cunosc condiţiile privind exercitarea drepturilor mele.

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

Data Semnătura