

## 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 letric (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