

CERERE de eliberare Aviz anual pentru exercitarea profesiei

Subsemnatul/Subsemnata....., cu domiciliul în localitatea str. nr. ..., bl., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul legitimat/ă cu C.I. seria nr., CNP, în calitate de membru OAMGMAMR Braşov, având Certificat de membru seria, Nr., îndeplinind cumulativ condiţiile legale, solicit eliberarea **AVIZULUI ANUAL PENTRU ANUL**, pentru exercitarea profesiei.....în unitatea sanitara.....

Anexez prezentei cereri copia documentelor necesare pentru eliberarea Avizului anual (Se vor preciza documentele anexate.)

certificat de membru ☐	dovada efectuării creditelor ☐	numărul de credite: _____
ALP 2022 ☐	REVISAL ☐	contracte/acte adiţionale etc. ☐
copie polita de asigurare ☐	dovada achit cotizaţiei ☐	

Alte documente.....

Cunoscând prevederile legale privind falsul în declaraţii, uzul de fals, precum şi faptul că eventualele declaraţii inexacte sau false pot determina sancţiuni civile sau penale, declar că toate informaţiile, datele şi documentele furnizate sunt corecte şi complete, nu mă aflu în stare de nedreptate, incompatibilitatea sau în altă situaţie care împiedică exercitarea profesiei. În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate şi mă oblig să aduc la cunoştinţa OAMGMAMR filiala Braşov orice modificare a acestor date.

Declar că sunt de acord ca OAMGMAMR filiala Braşov să îmi trimită prin e-mail comunicări informaţii şi documente care conţin datele mele cu caracter personal, în scopul exercitării profesiei. **Adresa mea de e-mail**, unde îmi pot fi trimise documente ce conţin datele mele cu caracter personal este, şi îmi asum securitatea datelor transmise către mine la această adresă de e-mail.

(Se completează cu X doar în cazul refuzului depunerii/trimiterii şi primirii prin e-mail a documentelor care conţin datele dumneavoastră cu caracter personal.)

☐ **Nu sunt de acord cu transmiterea şi primirea prin poştă electronică/e-mail a documentelor care conţin datele mele cu caracter personal. Mă voi prezenta personal pentru depunerea înscrisurilor şi ridicarea avizului.**

Nume, prenume: _____

Nr telefon _____

Semnătura: _____

Data: ____/____/____

Am ridicat avizul de libera practica pe anul _____ azi _____ semnatura.....

Imputernicit: Numele şi prenumele:

telefon:

Semnatura.....