

Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA BRAȘOV

CERERE

eliberare adeverință pentru întocmirea parafei profesionale

Subsemnatul(nume).....prenume).....,
C.N.P.,telefon,email.....,
membru al OAMGMAMR filialaavând profesia
de....., vă rog să îmi aprobați cererea de eliberare a
unei adeverințe pentru întocmirea parafei profesionale.

Mă angajez că voi informa, în maxim 30 de zile, OAMGMAMR filiala Brașov de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior întocmirii parafei;

Declar că am luat cunoștință de conținutul Informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Filiala Brașov., cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR filiala Brașov, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.

Data:

Nume și prenume:

Semnătura: