**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI,**

**MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA**

**Comisia locală de examen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Specialitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nr. înregistrare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CERERE**

Subsemnatul/a .......................................................................................................................

( numele și prenumele cu inițiala tatălui)

domiciliat/ă în localitatea .......................................................... , str. ............................................. ,

nr. ........ , bl. ......... , sc. ......... , et. ........ , ap. ......... , sectorul/județul ........................................... ,

legitimat/ă,C.I./B.I.seria............................,nr.................................,CNP...........................................Telefon...............................,email..........................................................................., de profesie .............................................................................. solicit înscrierea la examenul de grad principal sesiunea............................,în specialitatea................................................................................... .

Menționez că am luat la cunoștință de prevederile Metodologiei de organizare și desfășurare a examenului de grad principal aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr.1137/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Prin semnarea prezentei cererei, declar că am fost informat/ă cu privire la prevederile Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date precum și la scopul prelucării datelor mele cu caracter personal furnizate cu ocazia participării la ecamenul de grad principal organizat de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, în vederea îndeplinirii obligației legale de organizare a examenului, ce îi revine acestuia, respectiv: a) înscriereea la examenul de grad principal și organizarea acestuia, b) emiterea certificatelor de grad principal și c) păstrarea evidențelor organizării examnenului. Datele cu caracter personal vot fi stocate și prelucrate pe perioada necesară îndeplinirii scopurilor menționate și nu vor fi transmise către terțe părți în scopuri comerciale. Datele furnizate vor fi divulgate în cadrul relației OAMGMAMR cu partenerul contractual care asigură tipărirea certificatelor de grad principal și pot fi transmise către instituții și/sau autorități publice , la solicitarea acestora, dacă solicitarea are la bază un temei legal. Înțeleg că, în lipsa furrnizării datelor cu caracter personal solicitate conform art.19 din Metodologia de organizare a examenului de grad principal, nu voi putea participa la examenul menționat.

De asemenea, declar că ם SUNT de acord/ ם NU sunt de acord cu publicarea numelui și a prenumelui meu în cadrul listelor care vor fi publicate cu ocazia desfășurării examenului de grad principal, la sediul și/sau pe site-ul filialei OAMGMAMR la care m-am înscris.

Data: Semnătura: