

Înregistrat astăzi _____

Aprobat Președinte

CERERE PENTRU RENUNȚAREA LA CALITATEA DE MEMBRU

Subsemnatul/a _____,

membru/membră al/a Filialei SALAJ a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști,

Moașelor și Asistenților Medicali din România, CNP _____, având Certificat

de Membruseria _____ nr _____, având profesia de asistent medical generalist,

moașă/asistent medical, în specialitatea _____, solicit

retragerea calității de membru al *Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali*

din România - Filiala SALAJ începând cu data de _____ deoarece nu profesez ca

asistent medical generalist/moașă/asistent medical. Am luat la cunoștință prevederile articolului nr.19 din

OUG 144/2008 aprobat prin Legea 53/2014.

Anexez următoarele documente:

- Certificatul de Membru - în original
- Avizul de liberă practică în original
- Dovada achitării la zi a cotizației de membru

..... cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu **dispozițiile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala SALAJ în scopul îndeplinirii obligațiilor legale ce iese în vigoare conform Ordonanței de urgență nr.144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, aprobată prin Legea nr.53/2014, cu modificările și completările ulterioare.**

Data,

Semnătura,

*Doamnei/Domnului Președinte a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali
din România- Filiala SALAJ*