

\_\_\_\_\_

Aprobat Președinte

**CERERE DE ELIBERARE**  
**A ADEVERINȚEIDE PARTICIPARE LA CONCURS**

**COTIZAȚIE**



*Doamnă/Domnule Președinte,*

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_

cu domiciliul în \_\_\_\_\_

CNP \_\_\_\_\_, legitimat/ă cu C.I./B.I. seria \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_ membrual Filialei SALAJ a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști,

Moșelor și Asistenților Medicali din România, rog să aprobați prezenta cerere prin care solicit eliberarea unui adeverințe care să ateste calitatea de membru.

Solicit aceasta pentru înscrierea la concursul/examenul din data de

\_\_\_\_\_ care se va desfășura la

\_\_\_\_\_.

..... 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, Moșelor și Asistenților Medicali din România - Filiala SALAJ în scopul îndeplinirii obligațiilor legale ce-i revin 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, Moșelor 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*