

Către,

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România,
Filiala.....

CERERE

de eliberare a adevărții pentru întocmirea parafei profesionale

Subsemnatul, (numele).....(prenumele).....,
C.N.P.....,telefon, e-mail.....,
membru al OAMGMAMR,Filiala, având profesia de,vă rog să îmi aprobați cererea de eliberarea unei adevărții pentru
întocmirea parafei profesionale.

- Mă angajez** că voi informa, **în maximum 30 de zile**, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR),Filiala despre orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior întocmirii parafei.
- Declar căam luat cunoștință de conținutul informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România, Filiala**, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR,Filiala în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) nr.679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.

Data:

Numele și prenumele:

Semnătura:.....