

**O.A.M.G.M.A.M.R.-FilialaSALAJ****CERERE****Domnule/DoamnăPreședinte,**

Subsemnatul(a), nume....., prenume....., profesia  
 ..... , domiciliat(ă) în str..... nr....., bl....., sc....., et..... ,  
 localitatea....., sectorul/județul....., telefonnr....., după caz, prin  
 împuternicit nume....., prenume....., posesor al CI seria....nr..... ,  
 cu împuternicire notarială.....nr....., data....., vă rog să binevoiți a-  
 mi aproba eliberarea unui certificat de status profesional curent, necesar în vederea:

stabilirii relațiilor contractuale pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri de sănătate, la cererea angajatorului;

exercitării profesiei în afara granițelor  
 României. Menționează:

sunt membru OAMGMAMR-Filiala SALAJ și titular al Certificatului de membru seria .....nr.  
 .....

exercit în prezent profesiade ..... , după caz, în calitate de:  
 .....

salariat la (denumirea unității de încadrare, adresa, tel., e-mail) .....  
 .....

titular al cabinetului individual (denumirea, adresa, tel., e-mail) .....  
 .....

persoană fizică independentă în cadrul (denumirea unității sanitare, adresa, tel., e-mail)  
 .....  
 .....

Am deținut calitatea de membru OAMGMAMR-Filiala..... cu Certificatul de membru  
 seria ..... nr. .... până la data de ..... și am exercitat profesia de .....,  
 pateritoriul României, până la data de ..... în cadrul (denumirea unității sanitare, adresa,  
 tel., e-mail) ..... , în calitate de:

salariat |  titular de cabinet |  persoană fizică independentă |  voluntar.

Nu sunt membru OAMGMAMR.

Declar pe propria răspundere că în prezent nu exercit profesiade:  
 ..... în România.

Sunt de acord cu prelucrarea, în condițiile legii, a datelor mele personale, de către OAMGMAMR-Filiala  
 SALAJ în vederea eliberării certificatului de status profesional curent.

Anexez prezentei cereri următoarele acte:

copia C.I./pașaport; |  copia actului din carere rezultă dublarea cetățenie;

copiacertificatului decăsătorie/documentului deschimbareanumelui;

copii depedocumenteledestudiicareatestăformareaînprofesiade .....

copiatitlului decalificareobținutînstrăinătateși adocumentului derecunoașterecalificării;

copiafoii matricole/suplimentuluiadiplomă;

copii depedocumentecareatestă specializareapostbază;

adeverințadincarerezultăperioadașcolarizării,înoriginal;

adeverințadincarerezultăperioadaspecializării postbază,înoriginal;

copiacertificatului/adeverințeidepromovareaexamenului de grad principal;

copia adeverinței/certificatului prin care se atestă efectuarea programului special de revalorizareacalificării;

documentedincareșărezulte:

denumireaoficialăaunității sanitaredeîncadrare;

denumireaoficialăaunitățiideexercitareaprofesiei pebazădecontract devoluntariat;

denumirea oficială a cabinetului de practică independentă de exercitare a profesiei, la datacererii;

data și funcția de încadrare sau, după caz, calitatea de voluntar, de titular de cabinet sau depersoană fizicăindependentă;

concediile,ladatasolicitării;

pentruincapacitatemtemporară demuncă;

pentruîngrijirecopil;

fărăplată;

certificatdecazierjudiciar,înoriginal;

dovada achitării taxei deeliberare.

Subsemnatul (a) , ....., imi asum responsabilitatea autenticitatii documentelor depuse.

Data

.....

Semnătura

.....