

**CERERE**  
**pentru reatestarea competenței profesionale**

Către

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din  
România - Filiala .....

Subsemnatul/a, ....., cu domiciliul în localitatea ....., str.  
....., bl. ..., sc. ..., ap. ..., județul ....., nr. telefon ....., adresă e-mail .....,  
profesia .....,

vă rog să îmi aprobați înscrierea la procedura de reatestare a competenței profesionale.

În acest sens depun următoarele documente:

- a) copie carte de identitate (CI);
- b) dovada calității de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România;
- c) certificat de sănătate fizică și psihică;
- d) cazier judiciar;
- e) documente care să ateste vechimea dobândită anterior în exercitarea profesiei;
- f) dovada achitării taxei pentru reatestarea competenței profesionale.

Subsemnatul/a, cunoscând prevederile art.326 din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere faptul că nu am antecedente penale, respectiv nu am fost condamnat pentru săvârșirea unei infracțiuni legate de exercitarea profesiei.

Subsemnatul/a declar că am luat cunoștință de conținutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Data

Semnătura