**CERERE**

**reatestare competență profesională**

Către,

Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenţilor Medicali din România

Filiala ........**SIBIU**...................

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

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

În acest sens, depun următoarele documente:

1. Copia actului de identitate;
2. Copia certificatului de membru si original/copie legalizata diploma studii
3. Taxa pentru reatestarea competenței profesionale 100 ron

(contul oamr este RO80CECESB0144RON0864337 CEC BANK pentru plata numerar sau RO22CECESB0143RON0298043 pentru virament )

1. Certificat de sanatate fizica si psihica
2. Cazier judiciar
3. Dovada care atesta vechimea ( carte munca, copiecontract, adeverinta angajator,extras revisal)

 De asemenea, declar că am luat cunoștință de conținutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenţilor Medicali din România și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Data Semnătura