

Către,

**Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților Medicali din România  
Filiala SIBIU**

Subsemnatul(a) (nume) \_\_\_\_\_ (inițiala tatălui) \_\_\_\_\_ (prenume) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ având CNP \_\_\_\_\_, document identitate  
BI/CI seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ cu domiciliul stabil în: jud: \_\_\_\_\_ localitatea  
\_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, telefon  
\_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_,

având profesia de:  asistent medical generalist;  moașă;  asistent medical \_\_\_\_\_,  
membru/a al/a OAMGMAMR Filiala SIBIU, posesor/posesoare al/a Certificatului de membru  
seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, eliberat la data de: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ vă rog să-mi  
eliberați **avizul pentru înregistrarea ca persoană fizică independentă** la Administrația Județeană  
a Finanțelor Publice (*a județului*) \_\_\_\_\_

Cunoscând prevederile articolului 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, declar pe  
proprie răspundere că la data depunerii cererii:

- CUNOSC reglementările legale și obligațiile care decurg din exercitarea profesiei ca  
**persoană fizică independentă;**
- NU SUNT sancționat/ă cu suspendarea/retragerea calității de membru;
- NU AM nicio interdicție legală privind exercitarea profesiei de \_\_\_\_\_
- NU AM o întrerupere mai mare de 4 ani în exercitarea profesiei de \_\_\_\_\_
- NU AM/AM urmat procedura de reatestare a competenței profesionale (*dacă este cazul*), în  
perioada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, absolvită în data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,  
conform certificatului de reatestare seria: \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_ din data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Am luat la cunoștință** că avizul solicitat este valabil doar pentru dobândirea calității de persoană fizică  
independentă, urmând ca pentru exercitarea profesiei, respectiv pentru a furniza servicii de îngrijiri  
medicale în calitate de PFI, să îndeplinesc toate celelalte condiții legale și să depun la filiala  
OAMGMAMR a carei membru sunt toate documentele necesare pentru obținerea Avizului / dreptului  
de liberă practică medicală, conform prevederilor Ordinului MS nr. 1454/2014 pentru aprobarea  
Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de  
asistent medical în regim independent.

**Am luat la cunoștință** că avizul anual / dreptul de liberă practică se acordă numai după încheierea  
asigurării de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru anul  
calendaristic respectiv - în valoare de 20.000 euro și numai după aducerea la Filiala OAMGMAMR la  
care sunt înregistrat, a unui exemplar în original al contractului de prestări servicii în regim  
independent, încheiat cu unități sanitare autorizate conform legii.

**Am luat la cunoștință** că în calitate de persoană fizică independentă, asistentul medical generalist,  
moașa sau asistentul medical, poate încheia contracte cu unități sanitare autorizate conform legii, în

vederea furnizării de servicii de îngrijiri medicale potrivit calificării profesionale dobândite, în specialitatea diplomei.

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, filiala \_\_\_\_\_, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și Sunt / Nu sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR, filiala \_\_\_\_\_.

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Semnătura

\_\_\_\_\_