

C E R E R E

Către

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA – FILIALA SIBIU

Subsemnatul/a, nume anterior
....., absolvent/ă al/a
..... promoția cu
domiciliul în localitatea, strada
..... nr., bloc, sc., ap., județul
....., nr. telefon, adresa de E-mail
..... profesia
....., C.I. Seria Nr. după caz prin
....., împuternicit în baza Procurii Speciale nr. din data
de, vă rog să îmi eliberați documentul necesar recunoașterii titlului meu de calificare în
celelalte state membre U.E.

În acest sens, depun următoarele acte:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

Data:

Semnătura

Sunt de accord cu prelucrarea datelor

Semnătura

Prin prezenta imi asum autenticitatea documentelor depuse

Semnătura