



Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA SIBIU.....

**CERERE**

**eliberare adeverință pentru întocmirea parafei profesionale**

Subsemnatul, (nume).....prenume)....., C.N.P.

....., telefon ....., email....., membru al

OAMGMAMR filiala ....., având profesia de \_\_\_\_\_.

vă rog să îmi aprobați cererea de eliberare a unei adeverințe pentru întocmirea parafei profesionale.

- Mă angajez** că voi informa, în maxim 30 de zile, OAMGMAMR filiala ..... de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior întocmirii parafei;
- Declar că am luat cunoștință de conținutul Informării 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 de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR filiala ..... în conformitate cu dispozițiile Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.

Data: .....

Nume și prenume: .....

Semnătura: .....