



## SOLICITARE CERTIFICAT DE MEMBRU

Doamnei Președinte,

Subsemnata(ul)....., CNP....., domiciliat(ă)  
în ..... telefon....., absolvent(ă) a  
....., specialitatea.....  
promoția .....

Anexez următoarele documente **scanate** la adresa de mail [secretariat@oamr-sibiu.ro](mailto:secretariat@oamr-sibiu.ro)

1. Copie legalizată a documentelor de studii care atestă formarea în profesie (inclusiv adeverința de grad principal, certificat/diplomă care atestă obținerea unei competențe/specializări).
2. Declarație pe proprie răspundere îndeplinirea condițiilor prevăzute la articolul 14 și 15 din O.U 144/2008(formular anexat prezentei cereri).
3. Certificatul de cazier judiciar.
4. Adeverința care atestă starea de sănătate corespunzătoare, eliberată cu cel mult 6 luni anterior de către medicul de familie.
5. Aviz psihologic eliberat de o unitate specializată și acreditată.
6. Carte de identitate/ Carte de identitate electronică față verso și certificat cu dovada domiciliului.
7. Certificat de căsătorie / Sentință de divorț – copie xerox, dacă este cazul.
8. Jurământul profesional (formular anexat prezentei cereri).
9. Chitanța cec – taxa înscriere 100 lei (RO80CECESB0144RON0864337-CEC BANK pentru plata numerar sau RO22CECESB0143RON0298043 pentru virament )
10. Copie diploma bac/certificat absolvire 12 clase.

Am luat la cunoștință obligațiile profesionale care îmi revin din activitatea pe care o voi desfășura.  
Mă oblig să nu desfășor alte prestații în afara celor avizate de către Ministerul Sănătății și OAMGMAMR.

1 Sunt de acord cu prelucrarea, în condițiile legii a datelor mele personale de către  
OAMGMAMR Filiala Sibiu în vederea exercitării profesiei de

.....

**Daca cererea nu este insotita de toate documentele solicitate dosarele nu vor fi procesate  
urmand sa fie transmisa o alta solicitare cu dosarul complet.**

**CertIFICATELE se elibereaza in maxim 30 de zile lucratoare, de la data trimiterii dosarului complet**

Am luat la cunoștință .(Nume, prenume, semnătura).....



## JURĂMÂNTUL PROFESIONAL

**"In numele Vietii si al Onoarei,  
Jur  
sa imi exercit profesia cu demnitate, sa respect fiinta umana si drepturile sale si sa pastrez secretul profesional.  
Jur ca nu voi ingadui sa se interpuna intre datorita mea si pacient consideratii denationalitate, rasa, religie,  
apartenenta politica sau stare sociala.  
Voi pastra respectul deplin pentru viata umana chiar sub amenintare si nu voi utiliza cunostintele mele medicale  
contrar legilor umanitatii.  
Fac acest juramant in mod solemn si liber!"**

Numele și prenumele:.....

Semnătura:.....

## DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a ..... CNP.....,  
legitimată cu C.I. seria: ..... nr. .... domiciliat/ă în: loc. ....,  
str.....bl....., sc....., ap....., jud..... tel.....,e-mail.  
....., angajat/ă la ....., în funcția  
de:....., posesor al certificatului de membru eliberat de OAMGMAMR  
Filiala....., seria: ....., nr. ...., din data de  
, declar pe propria răspundere că:

1. nu am suferit condamnări penale pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurările legale de exercitare a profesiei de asistent medical generalist/moașă/asistent medical și nu mi s-a aplicat pedeapsa interdicției de a exercita profesia prin hotărâre judecătorească sau disciplinară;
2. nu am săvârșit nici o infracțiune de natură a aduce atingere demnității profesionale sau bunelor moravuri conform Codului de Etică și Deontologie al asistentului medical generalist, moașei și asistentului medical;
3. Am luat la cunoștință că exercitarea profesiei de asistent medical generalist, moașă și respectiv asistent medical este incompatibilă cu orice acțiune care aduce atingere demnității profesionale sau bunelor moravuri, conform Codului de Etică al OAMGMAMR
4. Ma oblig in termen de 10 zile de la apartitia situatiei de incompatibilitate sa anut filiala Ordinului a carui memebbru sunt.

Numele și prenumele:.....

Semnătura:.....

Data .....