

DOAMNĂ PREȘEDINTE,

Subsemnatul/a
posesor/posesoare al/a Certificatului de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. filiala
Argeș, seria număr, angajat la.....
.....
în funcția de, solicit acordarea avizului anual pentru
exercitarea profesiei pentru anul.....

Anexez copia asigurării de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea
profesională, valabilă

Data.....

Semnătura,

Date de contact:

- telefon:

- e-mail:

Doamnei Președinte al O.A.M.G.M.A.M.R. Filiala ARGESȘ

Declar că am fost informat (ă) asupra prevederilor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal cuprinse în Regulamentul Uniunii Europene 679/2016, consimțind astfel **LIBER, INFORMAT și NEECHIVOC** la prelucrarea datelor personale, în interes profesional, de către OAMGMAMR pe toată durata necesară avizării/certificării și a altor scopuri ce intră în sfera profesională a filialelor OAMGAMAMR.

Nume

Semnătură

Vă aducem la cunoștință că vă puteți retrage oricând consimțământul cu privire la prelucrarea datelor dumneavoastră personale, puteți obține restrângerea acestuia sau ștergerea efectivă a datelor. De asemenea, în cazul nerespectării normelor legale de către operatorul de date personale vă puteți adresa și depune o plângere la autoritatea de supraveghere.