

Către,

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR
MEDICALI DIN ROMÂNIA FILIALA ARGEȘ

Subsemnatul/a cu domiciliul în
localitatea str., nr. bloc,
sc., ap., județul, nr. telefon,
adresă e-mail, profesia,
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 ale Uniunii Europene.

În acest sens, depun următoarele acte:

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

Subsemnatul (a),
îmi asum responsabilitatea autenticității documentelor depuse.

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

Data

Semnătura

Vă aducem la cunoștință că vă puteți retrage oricând consimțământul cu privire la prelucrarea datelor dumneavoastră personale, puteți obține restrângerea acestora 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.