

Către

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Filiala

.....

CERERE

de eliberare a adeverinței pentru întocmirea parafei profesionale

Subsemnatul,, C.N.P.

(numele)

(prenumele)

....., telefon, e-mail, membru al OAMGMAMR, Filiala, având profesia de, vă rog să îmi aprobați cererea de eliberare a unei adeverințe pentru întocmirea parafei profesionale.

D Mă angajez că voi informa, în maximum 30 de zile, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), Filiala despre orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior întocmirii parafei.

D 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 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.

Data:

Numele și prenumele:

Semnătura: