**ANEXA nr.3**

Aprobat,

Preşedinte

Către,

**Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România**

**Filiala \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Subsemnatul(a),

având CNP |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, document identitate BI/CI seria\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cu domiciliul stabil în: jud:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr.\_\_\_\_, ap.\_\_\_\_, telefon |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|, E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

având profesia de:  asistent medical generalist;  moaşă;  asistent medical \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

membru/a al/a OAMGMAMR Filiala \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posesor/posesoare al/a Certificatului de membru seria\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , eliberat la data de: \_\_\_ /\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_,

vă rog să-mi eliberaţi **avizul pentru înregistrarea ca persoană fizică independentă** la Administraţia Judeţeană a Finanţelor Publice (*a judeţului*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cunoscând prevederile articolului 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că la data depunerii cererii:

* CUNOSC reglementările legale şi obligaţiile care decurg din exercitarea profesiei ca **persoană fizică independentă**;
* NU SUNT sancţionat/ă cu suspendarea/retragerea calităţii de membru;
* NU AM nicio interdicţie legală privind exercitarea profesiei de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* NU AM o întrerupere mai mare de 4 ani în exercitarea profesiei de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* NU AM/AM urmat procedura de reatestare a competei profesionale (*dacă este cazul*), în perioada \_\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_\_ , absolvită în data de \_\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_\_ , conform certificatului de reatestare seria:\_\_\_\_\_ , nr. \_\_\_\_\_\_din data de \_\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_\_.

#### Am luat la cunoștință că avizul solicitat este valabil doar pentru dobândirea calității de persoană fizica independentă, urmând ca pentru exercitarea profesiei, respectiv pentru a furniza servicii de îngrijiri medicale în calitate de PFI, să îndeplinesc toate celelalte condiții legale și să depun la filiala OAMGMAMR a carei membru sunt toate documentele necesare pentru obținerea Avizului / dreptului de liberă practică medicală, conform prevederilor Ordinului MS nr. 1454/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moaşă şi de asistent medical în regim independent.

**Am luat la cunoștință** că avizul anual / dreptul de liberă practică se acordă numai după încheierea asigurării de răspundere civilă pentru greşeli în activitatea profesională, valabilă pentru anul calendaristic respectiv - în valoare de 20.000 euro și numai după aducerea la Filiala OAMGMAMR la care sunt înregistrat, a unui exemplar în original al contractului de prestări servicii în regim independent, încheiat cu unităţi sanitare autorizate conform legii.

**Am luat la cunoștință** că în calitate de persoană fizică independentă, asistentul medical generalist, moaşa sau asistentul medical, poate încheia contracte cu unităţi sanitare autorizate conform legii, în vederea furnizării de servicii de îngrijiri medicale potrivit calificării profesionale dobândite, în specialitatea diplomei.

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declar că am luat cunoștință de conținutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenţilor Medicali din România, filiala , cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și Sunt / Nu sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR, filiala .

Data Semnătura

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_