

Către,

**Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților  
Medicali din România – Filiala Călărași**

**CERERE**

**de eliberare adeverință pentru întocmirea parafei profesionale**

Subsemnatul, (nume).....prenume).....,

C.N.P. ....,telefon ....., email.....,

membreu al OAMGMAMR filiala Călărași, având profesia de \_\_\_\_\_,

vă rog să îmi aprobați cererea de eliberare a unei adeverințe pentru întocmirea parafei profesionale.

- Mă angajez*** că voi informa, **în maxim 30 de zile**, OAMGMAMR filiala Călărași de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărute ulterior întocmirii parafei;
- Declar că am luat cunoștință de conținutul Informării privind prelucrarea datelor*** cu caracter personal de către **Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moaşelor și Asistenților Medicali din România, Filiala Călărași**, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR filiala Călărași în conformitate cu dispozițiile Regulamentului UE nr. 679/2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ale OAMGMAMR.

Data: .....

Nume și prenume: .....

Semnătura: .....