



Anexa nr.2

Către,

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

CERERE

de eliberare adeverință pentru întocmirea parafei profesionale

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

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

membru 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, Moașelor 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: