

## CERERE MEMBRU NOU

Către,

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR SI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMANIA-  
Filiala Satu Mare

Subsemnatul/a.....domiciliat/a in localitatea.....  
strada.....,nr.....bl.....ap.....judet.....,telefon.....  
adresa e-mai.....

. Va rog sa binevoiti a-mi elibera Certificatul de Membru.

Anexez urmatoarele acte:

- 1.Copie legalizata a diplomei de studiu de la postliceala sanitara plus foaia matricola
2. Copie diploma de bacalaureat sau adeverinta de terminare a liceului
- 3.Certificat de cazier judiciar, original
4. Doua adeverinte--- sanatate fizica **medic familie** si psihiatrica de **la medicul psihiatru**,originale
- 5.**Asigurare de malpraxis -PENTRU CEI CARE URMEAZA SA SE ANGAJEZE IN MOMENTUL DEPUNERII DOSARULUI**
6. Carte de identitate, copie
- 7.Copie certificat de casatorie/Sentinta de divort--daca este cazul
- 8.Juramantul profesional
- 9.Declaratie
- 10..**Adeverinta de angajare sau copie dupa contractul individual de munca-PENTRU ANGAJATI**
- 11..Dosar plic

Ma oblig sa achit taxa de insriere si cotizatia conform legislatiei in vigoare.Sunt de acord cu prelucrarea, in conditii legi a datelor mele personale de catre OAMGMAMR Filiala Satu Mare in vederea exercitarii profesiei de.....

Data

Semnatura --.Declaratie pe proprie raspundere

## **JURĂMÂNTUL PROFESIONAL**

**"În numele Vieții și al Onoarei,**

**JUR**

**să îmi exercit profesia cu demnitate, să respect ființa  
umană și drepturile sale și  
să păstrez secretul profesional.**

**Jur că nu voi îngădui să se interpună între datoria mea  
și pacient considerații de  
naționalitate, rasă, religie, apartenență politică sau  
stare socială.**

**Voi păstra respectul deplin pentru viața umană chiar  
sub amenințare și nu voi utiliza  
cunoștințele mele medicale contrar legilor umanității.**

**Fac acest jurământ în mod solemn și liber!"**

*Numele și prenumele:.....*

*Semnătura:.....*

*Data:.....*

## Declarație de consimțământ privind prelucrarea datelor cu caracter personale

Subsemnatul(a) ....., posesor al C.I seria .....nr.....,

CNP....., prin prezenta confirm faptul că OAMGMAMR-Filiala Satu Mare a procedat la informarea mea privind prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul îndeplinirii obligațiilor legale privind controlul și supravegherea exercitării profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical.

### **Scopul prelucrării datelor:**

*Înregistrarea în Registrul Unic Național al asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali, eliberarea certificatelor de membru și duplicate, evidența membrilor și comunicarea cu aceștia, suspendarea/întreruperea suspendării din calitate de membru, eliberarea evizelor anuale pentru exercitarea profesiei, reatestarea profesională, recunoașterea calificării profesionale, organizarea examenelor, derularea activităților de educație medicală continuă (inclusiv online), creditare cursuri, eliberarea diplomelor de participare la cursurile EMC și a duplicatelor acestora, eliberare adeverințe, soluționarea petițiilor, analizarea cazurilor de abateri de la normele de etică și deontologie profesională și de la regulile de bună practică profesională (în calitate de organ de jurisdicție profesională), pentru interogarea sau informarea IMI, avizarea înființării de cabinete individuale, îndeplinirea unor obligații legale și în contextul relației dintre persoana vizată și organizația profesională, pentru atingerea scopurilor legitime și asigurarea identificării unice a persoanei în sistemele și evidențele OAMGMAMR.*

**Datele cu caracter personal prelucrate sunt:** nume și prenume, codul numeric personal, seria și numărului actului de identitate, data nașterii, adresa de domiciliu/de corespondență, telefon, email, date privind stare civilă, cetățenia, starea de sănătate, abaterile disciplinare, locul de muncă, formare profesională, venitul, cazierul judiciar.

În aceste condiții, cunoscând identitatea operatorului, scopul prelucrării datelor și drepturile mele (*dreptul la acces date, dreptul de ștergere a datelor "dreptul de a fi uitat", dreptul de restricționare, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul la opoziție, dreptul la rectificare*), îmi exprim acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal de ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA – FILIALA SATU MARE, pe toată durata existenței calității mele de membru al OAMGMAMR.

Modalitatea prin care solicit să fiu contactat (ă), în scopul furnizării de informații este:

Tel:.....

E-mail.....Declar că am înțeles această declarație de consimțământ, am citit informarea privind prelucrarea datelor și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale în scopurile descrise în această declarație de consimțământ.

Nume, prenume.....

Semnătura.....

Data:.....

Pentru exercitarea drepturilor de acces, intervenție, rectificare, portare, ștergere, restricționare, opoziție, retragere consimțământ, vă puteți adresa OAMGMAMR-Filiala Satu Mare, printr-o cerere scrisă, semnată și datată (mun. Satu Mare, str. B.P.Hșdeu, nr. 15), sau prin e-mail la adresa [oamrsm@yahoo.com](mailto:oamrsm@yahoo.com).