

Anexa nr. 3
(Anexa nr. 10 la [norme](#))

Aprobat
Președinte,

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

CERERE

Subsemnatul(a),(numele, inițiala tatălui, prenumele)...., având CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, act de identitate BI/CI seria nr., cu domiciliul stabil în județul, localitatea, str. nr., ap., telefon |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, e-mail, având profesia de:

☐ asistent medical generalist; ☐ moașă; ☐ asistent medical, membru(ă) al/a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) - Filiala, posesor/posesoare al/a Certificatului de membru seria nr., eliberat la data de/....../...., vă rog să îmi eliberați avizul pentru înregistrarea ca persoană fizică independentă la Administrația Județeană a Finanțelor Publice (a județului)

Cunoscând prevederile [art. 326 din Codul penal](#) cu privire la falsul în declarații, declar pe propria răspundere că la data depunerii cererii:

- ☐ cunosc reglementările legale și obligațiile care decurg din exercitarea profesiei ca persoană fizică independentă;
- ☐ nu sunt sancționat(ă) cu suspendarea/retragerea calității de membru;
- ☐ nu am nicio interdicție 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 competenței profesionale (dacă este cazul), în perioada/....../....../....../...., absolvită în data de/....../...., conform Certificatului de reatestare seria nr. din data de/....../....

Am luat cunoștință că avizul solicitat este valabil doar pentru dobândirea calității de persoană fizică independentă, urmând ca pentru exercitarea profesiei, respectiv pentru a furniza servicii de îngrijiri medicale în calitate de persoană fizică independentă, să îndeplinesc toate celelalte condiții legale și să depun la filiala OAMGMAMR al cărei membru sunt toate documentele necesare pentru obținerea avizului/dreptului de liberă practică medicală, conform prevederilor [Ordinului ministrului sănătății nr. 1.454/2014](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice](#) privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent, cu modificările și completările ulterioare.

Am luat cunoștință că avizul anual/dreptul de liberă practică se acordă numai după încheierea asigurării de răspundere civilă pentru greșeli 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 unități sanitare autorizate conform legii.

Am luat cunoștință că, în calitate de persoană fizică independentă, asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical poate încheia contracte cu unități 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 Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților 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

.....