



**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI,  
MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI  
DIN ROMÂNIA FILIALA CLUJ**

Tel: 0264-532101

Fax: 0264487058

Email: [cj-secretariat@oamr.ro](mailto:cj-secretariat@oamr.ro)

Website: [www.oammr-cluj.ro](http://www.oammr-cluj.ro)



**CĂTRE,  
CONDUCEREA UNITĂȚII SANITARE /  
CABINETE INDIVIDUALE/ FARMACII/ UNITĂȚILOR MEDICALE  
PRIVATE JUDEȚUL CLUJ**

**Ref: AVIZ ANUAL PENTRU AUTORIZAREA EXERCITĂRII PROFESIEI - 2025**

În perioada 14.10 – 20.12.2024 se vor elibera Avizele anuale pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul 2025 pentru unitățile sanitare publice și private din județul Cluj.

Eliberarea avizului anual pentru **fiecare asistent medical generalist, moașă, asistent medical** se va face în baza următoarelor documente:

- CEREREA TIP ( conform anexei 1 – se va completa cu majuscule);
- COPIA ASIGURĂRII INDIVIDUALE DE RĂSPUNDERE CIVILĂ PROFESIONALĂ, valabilă pentru perioada pentru care se solicită avizul, respectiv **01.01.2025 – 31.12.2025**.

În cazul în care asigurarea nu cuprinde întreg anul 2025 (pentru asistenții medicali angajați în cursul anului 2024, pentru cei care au revenit din concediu îngrijire copil pe parcursul anului 2024), solicităm întocmirea unui act adițional de prelungire a perioadei asigurate până la 31.12.2025, cu rugămintea de a atașa ambele documente (asigurarea inițială și actul adițional/supliment).

**Sumele minime obligatorii** pentru exercitarea profesiei în

- **în regim salarial sau de voluntariat** sunt prevăzute de **Ordinul Nr. 346/2006** din 8 august 2006 pentru aprobarea Normelor privind stabilirea limitelor de asigurare pentru furnizorii care intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, cu completările și modificările ulterioare:

*„B. asigurarea personalului medico-sanitar:*

*h) asistenți medicali generaliști, moașe și asistenți medicali **care își exercită profesia în unități sanitare cu paturi**; centre de primire urgențe și unități de primiri urgențe aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, serviciu de ambulanțe: echivalentul în lei al sumei de **10.000 euro**;*

*i) asistenți medicali generaliști, moașe și asistenți medicali care își exercită profesia în unități de medicină primară, ambulatorii, cabinete medicale individuale, laboratoare: echivalentul în lei al sumei de **4.000 euro**;*



**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI,  
MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI  
DIN ROMÂNIA FILIALA CLUJ**

Tel: 0264-532101

Fax: 0264487058

Email: [cj-secretariat@oamr.ro](mailto:cj-secretariat@oamr.ro)

Website: [www.oamr-cluj.ro](http://www.oamr-cluj.ro)

- 
- j) *asistenți de farmacie: echivalentul în lei al sumei de 2.000 euro.*
- **în calitate de persoană fizică independentă** conform Hotărârii CN nr. 20/2023, se va încheia asigurarea de răspundere civilă profesională la o valoare minimă a riscului asigurat, echivalentul în lei a sumei de **20.000 Euro**.
- 
- **ÎN CAZ DE MODIFICĂRI ALE DATELOR PERSONALE SAU ALE CELOR PROFESIONALE** pe parcursul anul 2024 se vor depune, după caz:
    - *Certificatul de membru în original;*
    - *Pentru schimbarea numelui* – copie carte de identitate, copie certificat căsătorie/sentință de divorț;
    - *Schimbarea locului de muncă* – adeverință de angajare în care să se specifice secția în care lucrează, data angajării, copie decizie de încetare de la vechiul loc de muncă (dacă e cazul) sau extras din revisal – Raport per salariat de la fostul loc de muncă actualizat cu încetarea contractului, respectiv de la noul loc de muncă pentru data începerii activității;
    - *Modificarea unor date profesionale* – diplomă absolvire postliceală/facultate de specialitate (în original) în cazul celor care au trecută adeverința pe certificatul de membru, adeverință grad principal/specializare (în original) pentru completare pe certificatul de membru;
    - *Perioada de neprofesare* – adeverință cu perioada CFS-ului pentru 2024-2025, adeverință cu perioada concediului de boală obișnuită, perioada concediului pentru risc maternal, sarcină și lăuzie, data suspendării contractului de muncă pentru concediul de creștere copil, decizia de revenire, după caz.  
*Persoanele care au contractul de muncă suspendat pe întreg anul 2025 nu au nevoie de avizul anual.*
  - **UNUL DINTRE URMĂTOARELE DOCUMENTE CARE ATESTĂ EXERCITAREA LEGALĂ A PROFESIEI**
    - **în regim salarial:**
      - Raport per salariat din REVISAL semnat, ștampilat și datat de către angajator, cu termen de valabilitate 30 de zile de la data emiterii.
    - **în calitate de persoană fizică independentă:**
      - Contractul sau contractele de prestări servicii încheiate cu unități sanitare/instituții/furnizori din sistemul public sau privat de sănătate, autorizați conform legii, în vederea furnizării de servicii de îngrijiri medicale, potrivit calificării profesionale dobândite, valabil pentru anul 2025, sau



**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI,  
MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI  
DIN ROMÂNIA FILIALA CLUJ**

Tel: 0264-532101

Fax: 0264487058

Email: [cj-secretariat@oamr.ro](mailto:cj-secretariat@oamr.ro)

Website: [www.oammr-cluj.ro](http://www.oammr-cluj.ro)

- adeverință din care să reiasă faptul că acel **contract de prestări servicii** se onorează și pe parcursul anului 2025;
- Certificatul cu Codul de înregistrare fiscală (CIF) de la ANAF, pentru a exercita profesia în calitate de persoana fizică independentă.
  - **în regim de voluntariat**
    - Copia contractului de voluntariat încheiat cu unitatea care organizează și administrează activități de voluntariat, sau adeverință din care să reiasă faptul că acel contract de voluntariat se onorează și pe parcursul anului 2025.
  - **CERTIFICAT DE SĂNĂTATE FIZICĂ ȘI PSIHICĂ** - numai pentru asistenții medicali care exercită profesia după vârsta de 65 de ani.
  - Pentru acordarea Avizului anual, fiecare asistent medical care a exercitat profesia minim 6 luni pe parcursul anului 2024 trebuie să aibă la data solicitării avizului **30 de credite**. Dovada efectuării cursurilor sau a participării la diferite manifestări profesional-științifice nu trebuie depusă la dosar, acestea se regăsesc în Registrul Unic Național al OAMGMAMR.

**NOTĂ:**

Se vor prezenta personal la sediul OAMGMAMR filiala Cluj pentru avizarea anuală asistenții medicali care exercită profesia în baza unui:

- **Contract de prestări servicii cu unitatea sanitară** ca persoană fizică independentă, cu:
  - cererea tip (conform anexei 1 – **se va completa cu majuscule**);
  - copia contractului valabil pe parcursul anului 2025, însoțită de actul adițional de prelungire unde e cazul, sau adeverință din care să reiasă faptul că acel contract de prestări servicii se onorează și pe parcursul anului 2025;
  - declarația unică primită de la ANAF pentru anul 2023 (în vederea regularizării cotizației)
  - copia asigurării de malpraxis pe suma asigurată de **20.000 euro**.
  - după caz, documente care atestă modificări ale datelor profesionale sau personale.
- Contract de **voluntariat** într-o unitate sanitară, cu:
  - cererea tip (conform anexei 1 – **se va completa cu majuscule**);
  - copia contractului de voluntariat valabil pentru anul 2025, încheiat cu unitatea care organizează și administrează activități de voluntariat, însoțită de actul



**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI,  
MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI  
DIN ROMÂNIA FILIALA CLUJ**

Tel: 0264-532101

Fax: 0264487058

Email: [cj-secretariat@oamr.ro](mailto:cj-secretariat@oamr.ro)

Website: [www.oammr-cluj.ro](http://www.oammr-cluj.ro)

adițional de prelungire, după caz, copia contractului valabil pe parcursul anului 2025, însoțită de actul adițional de prelungire unde e cazul, sau adeverință din care să reiasă faptul că acel contract de voluntariat se onorează și pe parcursul anului 2025;

- copia asigurării de malpraxis;
- după caz, documente care atestă modificări ale datelor profesionale sau personale.

**Președinte,  
EMIL BUIGA**



Către,

**O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA CLUJ**

**Cerere eliberare Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei pentru anul 2025**

Subsemnatul (nume).....(inițiala tatălui).....  
(prenume)....., C.N.P. ....,  
Telefon....., email.....,  
membru al OAMGMAMR filiala CLUJ, declar că îmi exercit profesia de: asistent medical  
generalist / moașă /sau asistent medical (specialitatea):.....

în regim salarial cu Contract individual de muncă la unitatea:

....., secția:

regim independent:  în calitate de PFI cu Contract prestări servicii la:

în calitate de titular al Cabinetului de Practică Independentă (C.P.I.).

Voluntar cu Contract de voluntariat la:.....

vă rog să îmi aprobați eliberarea Avizului anual pentru autorizarea exercitării profesiei în regim:

Salarial ,  P.F.I. ,  C.P.I.,  Voluntar

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

- Copia poliței individuale de asigurare civilă pentru greșeli în activitatea profesională, valabilă pentru anul calendaristic pentru care se solicită avizul;
- Extras REVISAL (Raport per salariat) semnat, ștampilat și datat de către angajator, cu termen de valabilitate 30 de zile de la data emiterii.
- Documente privind locul desfășurării activității (CIM/ Contract voluntariat/ Prestari Servicii, Adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ, Decizie încetare CIM/Act Adițional prelungire CIM) – în cazul în care au intervenit modificări;
- Copia Certificatului de înregistrare Fiscală (CIF)
- Copia Certificatului de înregistrare a Cabinetului de Practică Independentă;
- Alte documente privind modificări apărute și nedecarate în statutul profesional sau personal (copie C.I., documente schimbare nume, absolvire nouă specializare, etc., pentru actualizarea datelor în Registrul Unic Național);
- Certificat de sănătate fizică și psihică - numai pentru asistenții medicali care exercită profesia după vârsta de 65 de ani.

Cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații, uzul de fals, precum și faptul că eventualele declarații inexacte sau false pot determina sancțiuni civile și/sau penale, declar că toate informațiile, datele și documentele furnizate sunt corecte și complete, nu mă aflu în stare de nedemnitate, incompatibilitatea sau în altă situație care împiedică exercitarea profesiei la data depunerii cererii.

Data: .....

Semnătura: .....

- **Mă angajez** că voi informa, în maxim 30 de zile, OAMGMAMR filiala CLUJ de orice schimbare privind statutul profesional și/sau orice modificare a altor date personale apărută ulterior înregistrării mele în organizația profesională;
- **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 Cluj**, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR filiala Cluj 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.

**Declar că sunt/ nu sunt de acord** să primesc notificări și/sau informări din partea OAMGMAMR filiala Cluj pe **adresa personală de e-mail**, unde îmi pot fi trimise și documente ce conțin datele mele cu caracter personal .

Documentele pot fi depuse sau ridicate de către solicitant sau de către împuternicit conform prevederilor legii.

Data: .....

Nume și prenume: .....

Semnătura: .....

**NOTĂ: Cererea se completează cu majuscule și se semnează PERSONAL de către solicitant.**

**ÎMPUTERNICIRE**

Subsemnații, angajați ai .....

Nr. Crt.	Nume/Prenume	CNP	Semnătură-acord
1			
2			
3			
4			
...			

Împuternicim conform Hotărârii CN nr. 25/2023 pe doamna/domnul.....  
.....cu domiciliul în.....  
....., având B.I/C.I seria..... nr..... să ne  
reprezinte pentru depunerea documentelor și ridicarea avizelor anuale de exercitare a profesiei de  
asistent medical pentru anul 2025.

**Sunt de acord,****Nume, prenume și semnătura persoanei împuternicite**

.....