

Către,

O.A.M.G.M.A.M.R. FILIALA CLUJ**Cerere eliberare Aviz anual pentru autorizarea exercitării profesiei pentru
anul 2026**

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 / asistent medical (specialitatea):**.....

- ☐ **În regim salarial** cu Contract individual de muncă la unitatea:.....
....., secția:.....
- ☐ **Regim independent:**
- ☐ în calitate de P.F.I cu Contract prestari 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 de voluntariat/ Prestări servicii, Adeverință de la angajator pentru cei care profesează în baza unui act administrativ, Decizie de încetare a CIM/Act adițional de prelungire a 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 de schimbare a numelui**, absolvirea unei noi specializări, 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 și că nu mă aflu în stare de nedemnitate, incompatibilitate 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 apărute 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, Moașelor 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.