Anexa 2
la procedura de suspendare

Aprob
Preşedinte

Nr. de înregistrare _____ din _____/_____/_____

Către,

Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi
Asistenţilor Medicali din România – filiala Cluj

Cerere pentru încetarea suspendării calităţii de membru

Notă: Cererea se completează **lizibil cu majuscule** şi se semnează **Personal** de către solicitant!

Subsemnatul/a (numele, prenumele) _____, membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România – filiala Cluj având cod numeric personal (CNP) __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__, numărul de telefon __/__/__/__/__/__/__/__/__/__, adresa de e-mail: _____, vă adresez rugămintea de a-mi aproba **încetarea suspendării** calităţii de membru al OAMGMAMR , filiala Cluj, începând cu data de ___/___/_____.

Anexez prezentei cereri:

□ Cazierul judiciar în original (pentru a-i servi la **OAMGMAMR – Filiala Cluj**);
□ Adeverinţa care atestă starea de sănătate corespunzătoare, eliberată cu cel mult 6 luni anterior de către medicul de familie al solicitantului;
□ Avizul psihologic, eliberat pe baza unei evaluări psihologice realizate în cadrul unei unităţi specializate acreditate, valabil potrivit prevederilor legale.

□ Declar că am luat cunoştinţă de conţinutul informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, Filiala Cluj, cunosc condiţiile privind exercitarea drepturilor mele şi sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR, Filiala Cluj, în conformitate cu dispoziţiile Regulamentului (UE) nr. 679/2016 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date şi de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecţia datelor), în scopul îndeplinirii atribuţiilor legale ale OAMGMAMR.

Data ___/___/_____ Semnătura