

Către,

OAMGMAMR FILIALA HARGHITA

**Cerere de eliberare AVIZ ANUAL pentru exercitarea profesiei pe anul 2021**

Subsemnatul(a), .....,  
CNP ....., domiciliat(ă) în localitatea .....,  
Str. ...., Nr. .... bl. ...., sc. .... et. .... ap. ...., județul .....,  
tel.: ..... e-mail: .....

declar că sunt angajat(ă) la (se va trece toate locurile de munca actuale):

1. ....;
2. ....

prin prezenta cerere vă rog să îmi aprobați eliberarea AVIZULUI ANUAL pentru anul 2021, pentru exercitarea profesiei de asistent medical în specialitatea:

1.	2.	3.
----	----	----

(Ex. GENERALIST, LABORATOR, FARMACIE, RADIOLOGIE, etc.)

**Declar ca exersez profesia in regim :**  **salarial**  **independent**

Anexez:

- Polița de Asigurare malpraxis pentru perioada 01.01.2021-31.12.2021
- Raport per salariat din Revisal eliberat in ultimele 15 zile
- Dovada acumulării celor 30 de credite obligatorii in cursul anului 2020
- Acte privind modificarea datelor din Certificatul de Membru
- Copia contractului de colaborare pentru exercitarea profesiei in mod independent

(PFI SAU PFA)

- 
- Mă angajez că voi declara in 30 zile orice schimbare privind angajatorul, locul de muncă și datele personale;
  - Am luat la cunoștință că lipsa avizului anual de exercitarea profesiei aduce atingerea raportului de muncă până la sancțiuni penale.
  - Am luat la cunoștință că dacă nu realizez anual minim 30 de credite mi se suspendă automat dreptul de liberă practică, până la realizarea numărului de credite;
  - Am luat la cunoștință că neplata cotizației de membru pe o perioadă de 6 luni se sancționează cu suspendarea automată a calității de membru până la plata cotizației datorate.
  - Menționez că am luat la cunoștință prevederile legale referitor la exercitarea profesiei
  - Am fost informat, îmi cunosc drepturile și sunt de acord să mi se prelucreze datele cu caracter personal, cu respectarea confidențialității, conform Regulamentului (UE) 2016/679 și Legea nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679.

Împuternicesc pe dl./dna. ....,  
legitimat(ă) cu BI/CI, seria ....., Nr ....., să mă reprezinte în relația cu OAMGMAMR  
filiala Harghita.

Întocmit la data de: .....

Semnez pentru asumarea și veridicitatea celor declarate,

.....  
(Numele și prenumele, scrise clar și cu majuscule și semnătura)

---

Se completeaza de personalul OAMGMAMR:

Nr. Credite pe anul 2020: \_\_\_\_\_

Achitat cotizatia pana la \_\_\_\_\_

RCP pentru perioada \_\_\_\_\_

Alte mentiuni: \_\_\_\_\_

Verificat \_\_\_\_\_