

Cerere de eliberare AVIZ ANUAL pentru exercitarea profesiei pe anul 2022

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 2022, pentru exercitarea profesiei de asistent medical în specialitatea:

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

(Ex. GENERALIST, LABORATOR, FARMACIE, RADIOLOGIE, etc-conform Revisal.)

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

Anexez:

- Polița de Asigurare malpraxis pentru perioada 01.01.2022-31.12.2022
- Raport per salariat din Revisal eliberat in ultimele 15 zile
- Dovada acumulării celor 30 de credite obligatorii in cursul anului 2021
- Acte privind modificarea datelor din Certificatul de Membru
- Copia contractului de colaborare pentru exercitarea profesiei in mod independent (PFI SAU PFA) sau Contractul de voluntariat cu anexe

-
- 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 munca pana la sanctiuni 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 2021: _____

Achitat cotizatia pana la _____

RCP pentru perioada _____

Alte mentiuni: _____

Verificat _____