

CERERE de eliberare Aviz anual pentru exercitarea profesiei

Farmacia....., din localitatea,
județul....., solicit eliberarea AVIZULUI ANUAL, pentru exercitarea profesiei de asistent
medical.

Pentru eliberarea **Avizului anual** anexas prezentei cereri, copia poliței de malpraxis pentru următorii asistenți
medicali care au obținut cele 30 credite.

Nume si prenume
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații, uzul de fals, precum și faptul că eventualele declarații
inexacte sau false pot determina sancțiuni civile 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. În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim
acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate și mă
oblig să aduc la cunoștința OAMGMAMR filiala Caraș-Severin.

Declar că sunt de acord ca OAMGMAMR filiala Caraș-Severin să îmi trimită prin e-mail comunicări informații și
documente care conțin datele mele cu caracter personal, în scopul exercitării profesiei.

Adresa mea de e-mail, unde îmi pot fi trimise documente ce conțin datele mele cu caracter personal este
....., și îmi asum securitatea datelor transmise către
mine la această adresă de e-mail.

Nume, prenume farmacist: _____

Telefon

Semnătura:

Data: ____/____/____