



CERERE DE ÎNSCRIERE

Doamnă Președinte a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala Hunedoara,

Subsemnata/ul _____, având CNP _____,
CI seria __, nr. ____, cu domiciliul stabil în localitatea _____, str. _____,
nr. ____, ap. ____, județul _____, telefon _____,
e-mail _____, **solicit să mi se aprobe înscrierea ca membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala Hunedoara și să mi se elibereze certificatul de membru.**

Menționez că sunt absolvent(ă) al(a) _____, promoția _____,
având diploma de studii cu seria _____, nr. _____, profesia de _____,
specialitatea _____.

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea prevăzută de lege pentru declarații false, că nu mă aflu în nici unul dintre cazurile de nedemnitate și incompatibilitate prevăzute la art. 14 și 15 din OUG 144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Declar pe propria răspundere, sub sancțiunea prevăzută de Codul penal, că toate datele și documentele prezentate și anexate prezentei cereri sunt legal obținute și corespund realității.

Am luat cunoștință de obligațiile ce îmi revin odată cu calitatea de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, cunosc prevederile OUG 144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, și pe cele ale Statutului Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Mă angajez să respect prevederile legale în domeniu și să îndeplinesc obligațiile care îmi revin în calitate de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Anexez următoarele documente: diploma de studii în copie, certificatul de cazier judiciar, certificat privind starea de sănătate fizică și psihică (tip A5), dovada de plată a taxei de înscriere, în original.

Subsemnata/ul, _____ declar că am luat cunoștință și de conținutul Notei de informare (verso) privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România – Filiala Hunedoara, și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Data _____

Semnătura _____

Informare Regulament nr. 679/2016 privind protecția datelor persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date. Temeiul legal pe baza căruia OAMGMAMR Filiala Hunedoara prelucrează datele cu caracter personal în scopul îndeplinirii obligațiilor legale ce îi revin conform OUG nr.144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, aprobată prin Legea nr.53/2014, cu modificările și completările ulterioare. În scopul îndeplinirii obligațiilor legale privind controlul și supravegherea exercitării profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și, respectiv, a profesiei de asistent medical, OAMGMAMR Filiala Hunedoara prelucrează următoarele date cu caracter personal: *nume și prenume, codul numeric personal, seria și numărul actului de identitate, data nașterii, locul nașterii, adresa de domiciliu/de corespondență, telefon, email, date privind starea civilă, cetățenia, starea de sănătate, abaterile disciplinare, locul de muncă, formarea profesională, venitul, cazierul judiciar*. Datele personale prelucrate sunt cele rezultate prin completarea de către persoanele vizate de cereri de înscriere, precum și datele din actele/copiile actelor depuse la OAMGMAMR Filiala Hunedoara, în contextul relației cu acesta, conform prevederilor legale, Statutului organizației și regulilor și procedurilor interne ale acesteia privitoare la activitățile desfășurate pentru atingerea scopurilor legitime. Datele cu caracter personal menționate mai sus sunt destinate utilizării de către OAMGMAMR și pot fi comunicate următorilor destinatari: autorităților publice cu atribuții în domeniu, autorităților competente din celelalte state membre ale Uniunii Europene și altor destinatari care au legătură directă cu realizarea scopului pentru care sunt furnizate aceste date. Toate persoanele care vor avea acces ulterior la datele furnizate de către dumneavoastră semnează declarații de confidențialitate în acest sens. Sunteți obligat(ă) să furnizați datele personale în mod corect, acestea fiind necesare în scopul determinat prin cadrul normativ în vigoare. Refuzul de a furniza datele solicitate determină imposibilitatea eliberării documentelor necesare exercitării profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical. Datele personale menționate mai sus vor fi păstrate pe o perioadă de timp stabilită conform legislației specifice arhivării. Scopurile prelucrării datelor personale de către OAMGMAMR Filiala Hunedoara: – întocmirea și actualizarea Registrului Național Unic al OAMGMAMR, scopuri statistice, pentru evidența membrilor, eliberarea certificatelor de membru, precum și a duplicatelor acestora, suspendarea/întreruperea suspendării calității de membru, eliberarea avizelor anuale pentru exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical pe teritoriul României, reatestarea profesională ca asistent medical generalist, moașă și asistent medical, recunoașterea calificărilor profesionale de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical, derularea activităților de educație profesională continuă, inițierea și promovarea de forme de educație continuă (inclusiv online), eliberarea diplomelor de participare la cursuri EMC, eliberarea adeverințelor care atestă onorabilitatea și moralitatea profesională a membrilor, soluționarea cererilor și petițiilor (ex: eliberarea adeverințelor pentru participarea la concursuri, transferul – la cerere – în altă filială, etc.), analizarea cazurilor de abateri de la normele de etică și deontologie profesională și de la regulile de bună practică profesională, în calitate de organ de jurisdicție profesională, avizarea înființării de cabinete individuale de practică independentă a asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali. Filiala Hunedoara a OAMGMAMR are obligația de a administra în condiții de siguranță și numai pentru scopurile specificate, datele personale pe care ni le furnizați. Persoanele ale căror date cu caracter personal fac obiectul unei prelucrări au următoarele drepturi: 1. *Dreptul de a primi informații clare și inteligibile cu privire la datele personale pe care le prelucrăm;* 2. *Dreptul de acces la datele personale;* 3. *Dreptul la rectificarea datelor personale prelucrate și/sau administrate;* 4. *Dreptul de ștergere a datelor personale prelucrate, atunci când acest lucru nu contravine unei prevederi legale (dreptul de a fi uitat);* 5. *Dreptul la restricționarea prelucrării datelor personale;* 6. *Dreptul la portabilitatea datelor personale către alt Operator;* 7. *Dreptul la opoziție și procesul decizional individual automatizat ce include dreptul de a se opune prelucrării datelor personale, cu excepția cazului în care prelucrarea este legitimă (operatorul face această prelucrare ca urmare a respectării unor cerințe legale);* 8. *Dreptul de a nu face obiectul unui proces decizional individual automatizat, inclusiv profilare.* Pentru exercitarea drepturilor prevăzute anterior, persoanele ale căror date cu caracter personal fac obiectul unei prelucrări efectuate în cadrul OAMGMAMR Filiala Hunedoara au dreptul de a adresa o cerere scrisă, datată și expediată la adresa organizației sau transmisă electronic la hd-secretariat@oamr.ro. La aceeași adresă se pot solicita informații suplimentare, clarificări sau se pot semna situații în care s-au produs încălcări ale acestor drepturi în cadrul prelucrării datelor cu caracter personal. OAMGMAMR Filiala Hunedoara va răspunde la solicitări într-un termen rezonabil de maximum 30 zile, acesta putând fi extins în condiții excepționale, justificate, cu informarea solicitantului, la 60 de zile. Datele de contact ale responsabilului pentru protecția datelor al OAMGMAMR Filiala Hunedoara: email: hd-secretariat@oamr.ro sau Deva, Strada Dragoș Vodă, nr. 13, Jud. Hunedoara. Persoanele ale căror date cu caracter personal fac obiectul unei prelucrări efectuate în cadrul OAMGMAMR Filiala Hunedoara, pot înainta plângere către Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal (A.N.S.P.D.C.P.).

(! Se completează după depunerea jurământului profesional și primirea Certificatului de membru)
Am depus jurământul profesional și am primit Certificatul de membru OAMGMAMR.

Data: _____

Semnătura: _____



Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România
filiala Hunedoara

Doamnă Președinte a O.A.M.G.M.A.M.R. Filiala Hunedoara,

Subsemnatul(a) _____, fiul/fiica lui
_____ și al _____, născut(ă) la data de _____,
în localitatea _____, cu domiciliul stabil în localitatea _____,
telefon | | | | | | | | | |, adresă e-mail _____
vă rog a-mi elibera certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R.

Atașez la dosar următoarele acte:

- ☐ Copie BI/CI
- ☐ Document de casătorie/divorț (dacă este cazul) – **copie**
- ☐ Act de absolvire a învățământului de specialitate – **copie legalizată**
- ☐ Diplomă de bacalaureat – **copie**
- ☐ Certificat de cazier judiciar (valabil 6 luni) – **în original**
- ☐ Adeverința – care atestă starea de sănătate corespunzătoare, atât fizică cât și psihică, eliberată cu cel mult 6 luni anterior – eliberată de medicul de familie – **în original**
- ☐ Aviz psihologic – eliberat pe baza unei evaluări psihologice realizate în cadrul unei unități specializate acreditate – se obține de la psiholog acreditat (valabil 6 luni de la data emiterii) – **în original**
- ☐ Poliță de asigurare de răspundere civilă pentru greșeli în activitatea profesională (asigurare malpraxis – valabilă pentru anul în curs) – **copie**
- ☐ Raport per salariat din Revisal / Adeverință salariat (nu mai vechi de 30 de zile) – **în original**
- ☐ Cerere de înscriere în O.A.M.G.M.A.M.R.
- ☐ Cerere către președinte
- ☐ Declarație pe proprie răspundere
- ☐ Jurământ
- ☐ Adeverință de grad principal (dacă este cazul) – **copie**
- ☐ Adeverință de reprofilare (dacă este cazul) – **copie**
- ☐ Pentru pensionari – copie după decizia de pensionare
- ☐ Chitanță – cotizație
- ☐ Chitanță – taxă înscriere

Data:

Semnătura:



Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România
filiala Hunedoara

Jurământ,

“În numele Vieții și al Onoarei,

Jur să îmi exercit profesia cu demnitate, să respect ființa umană și drepturile sale și să pastrez secretul profesional.

Jur că nu voi îngădui să se interpună între datoria mea și pacient considerații de naționalitate, rasă, religie, apartenență politică sau stare socială.

Voi păstra respectul deplin pentru viața umană chiar sub amenințare și nu voi utiliza cunoștințele mele medicale contrar legilor umanității.

Fac acest jurământ în mod solemn și liber ! “

Nume prenume și semnătura titularului



Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România
filiala Hunedoara

Declarație,

Subsemnatul(a) _____, născut(ă) la data de _____, în localitatea _____, cu domiciliul stabil în _____, posesor al C.I. seria: _____ nr. _____, CNP: _____, de profesie _____, declar pe propria răspundere că nu am fost condamnat definitiv pentru săvârșirea cu intenție a unei infracțiuni contra umanității sau vieții în împrejurări legate de exercitarea profesiei și pentru care nu a survenit reabilitare, nu mi s-a aplicat pedeapsa interdicției exercitării profesiei pe o anumită durată stabilită prin hotărâre judecătorească sau disciplinară și nu am întreprins nici o acțiune de natură a aduce atingere demnității profesionale de asistent medical generalist, moașă și respectiv asistent medical, sau bunelor moravuri, conform Codului de etică și deontologie al asistentului medical generalist, al moașelor și al asistentului medical.

De asemenea, declar pe proprie răspundere că mă oblig ca în termen de 10 zile de la apariția situației de incompatibilitate să anunț Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, filiala Hunedoara.

Data: _____

Semnătura: _____