

**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI,
MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA**

Comisia locală de examen _____

Specialitatea _____

Nr. Înregistrare _____ / _____

CERERE DE ÎNSCRIERE

Subsemnatul/a _____ ,
(numele, inițiala tatălui și prenumele)

domiciliat/ă în localitatea _____, Str. _____ ,
nr. _____ , bl. _____ , sc. _____ , et. _____ , ap. _____ , sectorul/județul _____ ,
C.I./B.I. sr. _____ nr. _____ , CNP _____ ,
telefon _____, e-mail _____ solicit înscrierea la
examenul de grad principal, **sesiunea septembrie 2021**, specialitatea
_____ .

Menționez că am luat la cunoștință de prevederile *Metodologiei de organizare și desfășurare a examenului de grad principal*.

(data)

(semnătura)

ANEXA Nr. 5
la metodologie

DECLARAȚIE

**privind informarea referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal
de către O.A.M.G.M.A.M.R.**

Subsemnatul(a), _____, declar
că am fost informat(ă) cu privire la prelucrarea datelor mele cu caracter personal și îmi
exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal, inclusiv pentru
afișarea nominală a rezultatelor examenului de către Ordinul Asistenților Medicali
Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Data

Semnătura
