

Specialitatea

Nr. înregistrare (dosar)

CERERE ÎNSCRIERE

Subsemnatul /Subsemnata (nume și prenume cu inițiala tatălui).....

.....
cu domiciliul în localitatea.....Strada.....,Nr.....Bloc.....sc.....etaj....
apartament....., Județul....., legitimat/ă cu C.I / B.I, Seria..... nr.....CNP telefon.....
email.....de profesie..... solicit
înscrierea la Examenul de grad principal, Sesiunea SEPTEMBRIE 2025 în specialitatea

Menționez că am luat la cunoștință prevederile metodologiei de organizare și desfășurare a examenului de grad principal pentru asistenții medicali generaliști, moașe, asistenți medicali, surori medicale și oficanți medicali, aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr.1.137/2018, cu modificările și completările ulterioare.

Prin semnarea prezentei cereri, declar că am fost informat/ă cu privire la prevederile **Regulamentului UE nr.679/2016 al Parlamentului european și al Consiliului din 27 aprilie 2016** privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE(Regulamentul general privind protecția datelor) precum și la scopul prelucrării datelor mele cu caracter personal furnizate cu ocazia participării la examenul de grad principal organizat de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România(O.A.M.G.M.A.M.R.), în vederea îndeplinirii obligației legale de organizare a examenului, ce îi revine acestuia, respectiv:

a) înscrierea la examenul de grad principal și organizarea acestuia,

b) emiterea certificatelor de grad principal și

c) păstrarea evidențelor organizării examenului. Datele cu caracter personal vor fi stocate și prelucrate pe perioada necesară îndeplinirii scopurilor menționate și nu vor fi transmise către terțe părți în scopuri comerciale. Datele furnizate vor fi divulgate în cadrul relației OAMGMAMR cu partenerul contractual care asigură tipărirea certificatelor de grad principal și pot fi transmise către instituții și/sau autorități publice, la solicitarea acestora, dacă solicitarea are la bază un temei legal. Înțeleg că, în lipsa furnizării datelor cu caracter personal solicitate conform art.19 din Metodologia de organizare și desfășurare a examenului de grad principal pentru asistenți medicali generaliști, moașe, asistenți medicali, surori medicale și oficanți medicali, aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.137/2018, cu modificările și completările ulterioare, nu voi putea participa la examenul menționat.

Data:**Semnătura:**