

\_\_\_\_\_

Aprobat Președinte

**CERERE DE TRANSFER**

*Doamnă/Domnule Președinte,*

Subsemnata/Subsemnatul \_\_\_\_\_

cu domiciliul în \_\_\_\_\_

de profesie asistent medical \_\_\_\_\_

având CNP \_\_\_\_\_ angajat în

cadrul \_\_\_\_\_

vă rog să-mi aprobați prezenta cerere prin care solicit transferarea la Filiala O.A.M.G.M.A.M.R.

\_\_\_\_\_ datorită \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Menționez că am achitat la zi cotizația lunară.

..... cu prelucrarea datelor cu caracter personal, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala TELEORMAN în scopul îndeplinirii obligațiilor legale ce-i revin conform Ordonanței de urgență 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.

Data,

\_\_\_\_\_

Semnătura,

\_\_\_\_\_

*Doamnei/Domnului Președinte a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala TELEORMAN*