



vederea furnizării de servicii de îngrijiri medicale potrivit calificării profesionale dobândite, în specialitatea diplomei.

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_ declar că am luat cunoștință de conținutul Notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, filiala \_\_\_\_\_, cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele și Sunt / Nu sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale de către OAMGMAMR, filiala \_\_\_\_\_.

Data

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Semnătura

\_\_\_\_\_