



CERERE TIP

Către,

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN
ROMÂNIA – FILIALA PRAHOVA

Subsemnatul/a cu domiciliul
în localitatea str., sc., ap.,
județul nr. telefon, adresă
e-mail....., profesia după caz,
prin, împuternicit în baza procurii speciale
nr..... din data de, vă rog să îmi eliberați documentul
necesar recunoașterii titlului meu de calificare în celelalte state membre ale Uniunii Europene.

În acest sens depun următoarele acte:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.

Subsemnatul(a),, îmi asum responsabilitatea autenticității
documentelor depuse.

Data

Semnătura