

Anexa 2

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România

Filiala
Str.nr.
Localitatea
Județul
Tel., fax
CIF
Nr. de înregistrare/data

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se adeverește că domnul/doamna,
domiciliat(ă) în, str. nr.
....., bl., sc., ap., sectorul, județul,
posesor/posesoare al/a BI/CI seria nr., CNP
....., este membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști,
Moașelor și Asistenților Medicali din România - Filiala, având
Certificat de membru nr., eliberat la data de, specialitatea
.....

Date privind onorabilitatea și moralitatea profesională (statusul înregistrat al titularului la data întocmirii adeverinței)

Domnul/Doamna figurează
cu următoarea/următoarele sancțiune/ sancțiuni:
....., care se aplică în perioada
.....

Eliberăm prezenta adeverință la cerere, în vederea participării la concurs sau examen de ocupare a unui post de

Președinte,
.....