|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Anexa 2**

Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România

Filiala .........................

Str. ...................nr. ............

Localitatea ...................

Judeţul .................

Tel. ............., fax ............

CIF ...............................

Nr. de înregistrare .................../data ............

**ADEVERINŢĂ**

Prin prezenta se adevereşte că domnul/doamna ....................................................., domiciliat(ă) în ................................., str. ....................................... nr. .........., bl. .........., sc. ...., ap. ..........., sectorul ............, judeţul ......................., posesor/posesoare al/a BI/CI ........ seria ............. nr. ....., CNP ........................................, este membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România - Filiala ..................................., având Certificat de membru nr. ..............., eliberat la data de .................., specialitatea ...................................... .

Date privind onorabilitatea şi moralitatea profesională (statusul înregistrat al titularului la data întocmirii adeverinţei)

Domnul/Doamna ................................................................................ figurează cu următoarea/următoarele sancţiune/ sancţiuni: ...................................................., care se aplică în perioada ................................................... .

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

Preşedinte,

...............