

**ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI,  
MOAȘELOR ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA**

Comisia locală de examen \_\_\_\_\_

Specialitatea \_\_\_\_\_

Nr. înregistrare \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CERERE DE ÎNSCRIERE**

Subsemnatul/a .....,

*(numele și prenumele)*

domiciliat/ă în localitatea ....., str. ....,

nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/județul .....,

C.I./B.I. sr. .... nr. ...., CNP .....,

telefon ....., solicit înscrierea la examenul de grad principal sesiunea.....,

specialitatea .....

Menționez că am luat la cunoștință de prevederile *Metodologiei de organizare și desfășurare a examenului de grad principal.*

.....  
*(semnătura)*

.....  
*(data)*

*e-mail*