# 

Direcţia de Sănătate Publică Dambovita

Nr. /

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a), ................................................, născut(ă) la data de ............................., CNP ......................................., cu domiciliul stabil în localitatea ..............................., str. ........................................... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. …...., sectorul/județul …............................, tel. ......................., absolvent(ă) al/a ..........................................., cu diploma ................... seria ........ nr. ....................., membru(ă) ..............................................., având specialitatea ................................................, confirmat(ă) specialist/principal prin Ordinul ministrului sănătății nr. ................/............., angajat(ă)/pensionar(ă) la ................................... de la data de ......................., vă rog a-mi elibera autorizația de liberă practică în specialitatea ................................................................................................... .

Anexez următoarele acte:

* document de studii eliberat de o instituție de învățământ superior acreditată care atestă formarea în profesie, în copie certificată cu originalul;

– certificat de cazier judiciar, în original, în termen;

– certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, în termen, care include viza medicului psihiatru și viza medicului de medicina muncii, în original;

– act de identitate, în copie certificată cu originalul, în termen;

– dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate, în copie certificată cu originalul;

– avizul Ordinului Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor din Sistemul Sanitar din România;

– adeverință de salariat emisă de o unitate sanitară autorizată.

Data …………………........... . Semnătura ..........................................