#

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 ............................, având specialitatea ……...................................., Certificat de competență/Certificat de perfecționare nr. ........./.............., perioada ...................., cu un nr. total de ore de pregătire ..................., angajat(ă) la ................................................................................................................................,

 vă rog a-mi elibera autorizația de liberă practică în specialitatea ………………...............

.**Anexez următoarele acte**:

– document de studii eliberat de o instituție de învățământ postliceal/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, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și viza medicului de medicina muncii, în original;

– copie certificată cu originalul a actului de identitate, 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;

– adeverință de salariat emisă de o unitate sanitară autorizată.

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