#

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 mediu/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;

– dovada obținerii în ultimii 3 ani a cel puțin un certificat de competență în protezare ortopedică/certificat de perfecționare în protezare ortopedică, cu excepția personalului care a absolvit o unitate de învățământ superior medical în ultimii 3 ani;

– adeverință de salariat emisă de o unitate sanitară autorizată.

Data ................................... Semnătura ...................................................