DSP Arad

Nr. .......... ./ …………………………

**Cerere autorizație sanitară de funcționare**

 Subsemnatul(a),.......................................................................................................... cu domiciliul în judeţul…….................,localitatea....................................................................................................................., str........................................................................................, nr............, bl…......., sc…....., et…....., ap……...,

posesor/posesoare al/a BI/CI seria ............nr. ......................... eliberat de ..................................................... la data de …........................................., în calitate de.......................................................................................... al ………................................................................................................................................................................

cu sediul în ...................................., str. …........................................, nr. ......., bl......., sc....., et....., ap...., telefon......................................,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,., fax…………………………..……………., e-mail: ………………………………………………………….. înmatriculată la Registrul comerţului cu nr. .............................., având codul fiscal nr. ........................... din data ........................ solicit eliberarea

**AUTORIZAȚIEI SANITARE DE FUNCȚIONARE**

pentru ...........................................................................................................................................................

situat la adresa: ..........................................................……………………………………………….……..

având ca obiect de activitate (cod CAEN): ..................................................................................................

structura funcţională:..................................................................................................................................

Anexez la cerere documentaţia solicitată, completă, şi anume:

1. Memoriul tehnic **tehnoredactat** în care este descris modul de îndeplinire a cerinţelor prevăzute de reglementările legale specifice domeniului de activitate (model);
2. Schiţe cu detalii de structură funcţională şi dotări specifice profilului de activitate;
3. Acte doveditoare privind deţinerea legală a spaţiului (contract închiriere / comodat / concesiune adaptat tipului de activitate desfăşurat)
4. Documente care atestă dobândirea personalităţii juridice – CUI, codul fiscal, certificat de înregistrare fiscală, iar pentru asociaţii şi fundaţii, statutul unităţii și dovada înregistrării în registrul asociaţiilor şi fundaţiilor;
5. Certificat constatator eliberat de ORC;
6. Dovada competenței de exercitare a profesiei,
7. Dovada absolvirii sau dovada înscrierii la cursul de noțiuni fundamentale de igienă,
8. Contractul de incinerare deșeuri medicale periculoase / declarație din care reiese că activitatea prestată nu produce deșeuri medicale periculoase
9. Alte documente care sa ateste indeplinirea cerintelor legale, după caz
10. *Chitanţa de plată* a tarifului de autorizare sanitară nr. ........................ din data de ...................................., în valoare de 500 lei și dovada de plată a taxei de urgenţă nr**.............................** din data de **...............................**, în valoare de 150 lei, dacă e cazul, care se va achita la caseria DSPJ Arad, după verificarea dosarului **SAU** *Ordin de plată*, cu data achitării, maxim 24-48 ore înaintea depunerii dosarului.

**Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.**

**Declar pe proprie răspundere că spațiul pentru care se solicită autorizarea este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu.**

**Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P.J. Arad să prelucreze datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi e-mail, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale în scopul emiterii autorizației sanitare de funcționare precum și pe durata valabilității acesteia, având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016.**

Data Semnătură reprezentant legal

**MEMORIU TEHNIC**

1. **DENUMIREA COMPLETĂ A OBIECTIVULUI:**
2. **SEDIU:**
3. **NUMELE PERSOANEI FIZICE SAU JURIDICE DEŢINĂTOARE:**
4. **ADRESĂ OBIECTIV:**
5. **PROFILUL ACTIVITĂŢII:**
6. **DESCRIERE CLĂDIRE/ SPAȚIU ACCES:**
* **CIRCUITELE FUNCȚIONALE (ENUMERARE SPAȚII CU DESTINAȚIE ȘI SUPRAFEȚE)**
* **NR. ÎNCĂPERI ȘI DESTINAȚIA LOR/SUPRAFAȚA(MP),**
* **SALĂ DE PROCEDURI**
* **SALĂ DE AȘTEPTARE**
* **MAGAZIE/ DEPOZIT MATERIALE / USTENSILE DE CURĂȚENIE**
* **VESTIAR**
* **BIROU**
* **ALTE ÎNCĂPERI**
* **GRUPURI SANITARE: PERSONAL/ PACIENȚI**

 ***SE VOR PRECIZA SPECIALITĂȚILE CABINETELOR CARE FUNCȚIONEZA ÎN COMUN.***

1. **DOTAREA OBIECTIVULUI CU MOBILIER, APARATURĂ, INSTRUMENTAR NECESARE ACTIVITĂŢII**
2. **SUPRAFEȚE: PAVIMENT, PEREȚI, MOBILIER**
3. **STERILIZARE-DEZINFECȚIE**
4. **MOD DE COLECTARE, DEPOZITARE TEMPORARĂ ȘI NEUTRALIZARE A DEȘEURILOR PERICULOASE REZULTATE ÎN URMA ACTIVITĂȚII MEDICALE**
5. **MODUL DE GESTIONARE A COLECTĂRII, ÎNDEPĂRTĂRII DEȘEURILOR MENAJERE (CONTRACT RETIM)**
6. **MODUL DE ASIGURARE ŞI DISTRIBUŢIE A APEI POTABILE, CANALIZARE, ILUMINAT, ÎNCĂLZIRE:**
7. **NUMĂRUL ŞI STRUCTURA PERSONALULUI.**

DATA ÎNTOCMIRII: REPREZENTANT LEGAL

 SEMNĂTURĂ

**NOTA:**

**MEMORIUL TEHNIC** DEPUS VA FI **TEHNOREDACTAT**,

**ÎN SCHIȚA CU DETALII DE STRUCTURĂ FUNCȚIONALĂ** SE VOR PRECIZA DESTINAȚIA ÎNCĂPERILOR, SUPRAFAȚA ACESTORA, ÎN CONCORDANȚĂ CU DATELE DIN MEMORIUL TEHNIC ȘI CONTRACTUL DE SPAȚIU