***Direcția de Sănătate Publică Arad***

***Înregistrare Avize autorizare***

***Nr. .......... ./ din …...... /......... / 20.…***

**Cerere acordare VIZA ANUALĂ**

 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 :**

 **VIZAREA**  **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. autorizaţia sanitară de funcţionare **în original**
2. programul de monitorizare operațională pentru anul în curs, avizat de instituția noastră – copie, dacă e cazul
3. rapoarte de încercare (buletinele de analiză a apei) efectuate în ultimele 12 luni anterioare depunerii documentaţiei – copie, dacă e cazul
4. planul anual de control/ întreţinere/ curăţare/ spălare/ dezinfecţie a componentelor sistemului centralizat de alimentare cu apă – copie, dacă e cazul
5. alte documente, dupa caz
6. dovada de plată a tarifului de acordare viză nr. **……………..............................** din data de **.....................................**, în valoare de **400** lei, dovada de plată a taxei de urgenţă nr**.............................** din data de **...............................**, în valoare de 150 lei.

**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 viza anuală 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 vizei anuale 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