*Cerere Autorizație de liberă practică pentru: biolog, biochimist, chimist în sistemul sanitar*

Către,

Direcția de Sănătate Publică a Județului Arad,

Doamnă/Domnule Director,

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

**Autorizaţia de Liberă Practică**

în specialitatea ………………………………………………………………….……………………..

Anexez următoarele acte:

- document de studii eliberat de o instituţie de învăţământ superior acreditată care atestă formarea în profesie (diploma de licență sau adeverință de absolvire a studiilor), în copie certificată cu originalul;

- certificat de cazier judiciar, valabil 6 luni, în original;

- certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care include viza medicului psihiatru şi 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 Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor din Sistemul Sanitar din România;

- adeverinţă de salariat emisă de o unitate sanitară autorizată.

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

**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 eliberării autorizației de liberă practică 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 ……….……………… Semnătura ………………….…..