*Cerere Autorizație de liberă practică pentru technician protezare auditivă / audiolog / terapeut vocal (după caz)*

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. …………………, având specialitatea …………………………………………………………………….……….., Certificat de competenţă / Certificat de perfecţionare nr. ……………….../ …………………., perioada ……………………………....…………..., cu un nr.total de ore de pregătire ……………, angajat(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 (diplomă de licenţă sau adeverinţă de absolvire a studiilor superioare/colegiale de inginer/bioinginer/audiolog/protezist/pedagogie muzicală, canto) sau, după caz, dovada parcurgerii în ultimii 3 ani a unui program de calificare în profesia de technician acoustician-audioprotezist de minimum 3 ani, prin studii postliceale/postuniversitare, 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 să includă viza medicului psihiatru şi 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 obţinerii în ultimii 3 ani a cel puţin un certificat de competenţă în protezare auditivă/certificat de perfecţionare în protezare auditivă, cu excepţia persoanelor care au absolvit o unitate de învăţământ superior în domeniul ingineriei medicale în ultimii 3 ani;

- 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 ………………….…..