*Cerere Avizare anuală Autorizație de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical*

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. …………………….……………………, angajat(ă) la ……………………………………………………………………………………., autorizat(ă) să practice profesia/activitatea de ………………………………………………….., deținător al Autorizației de liberă practică nr. ………………………… / …………………………..., vă solicit:

**Avizarea anuală a Autorizaţia de Liberă Practică**

Anexez următoarele acte:

- autorizația de liberă practică, 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;

- 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 acordării avizării anuale a 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 ………………….…..