*Cerere avizare anuală - Autorizație de liberă practică pentru servicii conexe actului medical (optică-optometrie; protezare-ortezare; protezare auditivă; terapie vocală; audiologie; sociologie; fizică medicală )*

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. …………………………….………………, email ....................................................................................., posesor a autorizației de liberă practică nr. ……..............…………… / ……............................………………………, angajat(ă) la ……………………………………..…………………………………………………... vă rog a-mi acorda ***avizarea anuală*** a **autorizaţiei de liberă practică** în specialitatea …………………………………………………………………………………..………………….…

Anexez următoarele acte:

1. autorizația de liberă practică, în original;
2. fișa de aptitudine emisă de medicul de medicina muncii, în original, pentru confirmarea aptitudinii în exercitarea profesiei,
3. copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz, a titularului autorizației de liberă practică;

*Copiile de pe actele prevăzute mai sus se vor prezenta însoțite de documentele originale, în vederea certificării pentru conformitate cu originalul, de către persoana din cadrul DSP Arad care va evalua documentația.*

Data ……….……………… Semnătura ………………….…..