*Cerere reînnoire 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. …………………………….………………, absolvent(ă) al/a ……………………………………………………………………………………., cu diploma ………………………………………… seria ……………….., nr. …………………, având specialitatea ………………………………………………………………..…………, Certificat de competenţă / Certificat de perfecţionare nr. ……………….. /…………………. , efectuat în perioada ………………………………… , cu un nr. total de ore de pregătire ……………, angajat(ă) la ……………………………………..…………………………………………………... vă rog a-mi reînnoi **autorizaţia de liberă practică** în specialitatea …………………………………………………………………………………..………………….…

Anexez următoarele acte:

1. autorizația de liberă practică, în original;
2. copie de pe documentul care atestă formarea profesională care a stat la baza emiterii autorizației inițiale de liberă practică, precum diploma/certificate de absolvire/certificate de calificare;
3. cazierul judiciar sau o declaraţie pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;
4. certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru şi de medicina muncii, în original;
5. copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;
6. copie de pe dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii/formare profesională nu mai coincide cu cel din actul de identitate;

g) adeverință de salariat emisă de o unitate autorizată sanitar.

*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 ………………….…..