*Cerere Autorizație de liberă practică pentru terapie vocală*

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 ………………………………..………………………………………………….…, având specialitatea ………………………………………………………………………….……….., Certificat de competenţă / Certificat de perfecţionare nr. ……………….../ …………………., perioada ………………………….…....…………..., cu un nr.total de ore de pregătire ……………, angajat(ă) la …………………………………………….……………..……………… vă rog a-mi emite **autorizaţia de liberă practică** în specialitatea …………………………………………….…..

Anexez următoarele acte:

a) copii ale documentelor de studii superioare de lungă durată (diplomă de absolvire/diplomă de licenţă) emise de:

* *facultatea de psihopedagogie specială;*
* *facultatea de medicină generală;*
* *facultatea de muzică - secţia pedagogie muzicală, canto;*

b) cazierul judiciar sau o declaraţie pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;

c) certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru şi de medicina muncii, în original;

d) copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;

e) copie de pe dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate.

*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 ………………….…..