DSPJ ARAD

Nr ................ / ....................................

CERERE

 Subsemnatul(a) ,............................................................................................................................ cu domiciliul în judeţul ……..................................., localitatea..................................................................., str. ..........................................................................., nr. ............, bl. ........, sc........., et. …...., ap. .........,

posesor/posesoare al/a BI/CI seria ............nr. ......................... eliberat de .............................................. la data de ….................................., în calitate de ..................................................................... al ………...................................................................................... cu sediul în .........................................., str. ….............................................................................................., nr. ......., bl......., sc....., et....., ap...., telefon ................................................., fax ……………., e-mail: …………………………………….… înmatriculată la Registrul comerţului cu nr. .............................., având codul fiscal nr. ........................... din data ........................ solicit**:**

 **Asistenţă de specialitate de sănătate publică a conformității (pentru înființare spital privat)**

pentru .........................................................................................................................................................

situat la adresa: ..........................................................………………...…………………………………..

având ca obiect de activitate (cod CAEN): ................................................................................................

structura funcţională:...................................................................................................................................

Anexez la cerere documentaţia solicitată, completă, şi anume:

a) memoriul tehnic cu descrierea modului de îndeplinire a cerinţelor prevăzute de reglementările legale specifice domeniului de activitate;

b) planul de situaţie cu încadrarea în zonă, cu menţionarea vecinătăţilor si distanțele față de zona locuită

c) schiţe cu detalii de structură funcţională şi dotări specifice profilului de activitate;

d) acte doveditoare privind deţinerea legală a spaţiului;

e) acceptul vecinilor, asociaţiei de proprietari, după caz;

e) certificatul de urbanism;

f) documente care atestă dobândirea personalității juridice, după caz (ptr.SRL: act constitutiv, certificat înregistrare la Registrul comerțului, certificat constator cu menționarea punctelor de lucru; ptr asociații/fundații: statut - cu menționarea activității medicale, hotărâre judecătorească de înființare, hotarîrea organului de conducere ptr inființare spital);

g) studiu de impact asupra stării de sănătate a populației, dupa caz

h) *Chitanţa de plată* a tarifului de asistență de specialitate de sănătate publică nr. ........................ din data de ...................................., în valoare de 400 lei și dovada de plată a taxei de urgenţă nr**.............................** din data de **...............................**, în valoare de 150 lei, dacă e cazul, care se va achita la caseria DSPJ Arad, după verificarea dosarului **SAU** *Ordin de plată*, cu data achitării, maxim 24-48 ore înaintea depunerii dosarului.

**Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.**

**Declar pe proprie răspundere că spațiul pentru care se solicită notificarea este deținut legal și nu face obiectul vreunui litigiu.**

**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 notificării ASSP 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