*Cerere autorizare unitate de asistență medicală pentru examinarea ambulatorie a candidaților la obținerea permisului de conducere conform ordinului MS nr. 1159 din 2010*

Către,

Direcția de Sănătate Publică Arad

Subsemnatul/a ……………………………………………………………………..., reprezentant legal /administrator / medic titular al ………………………………………………………………………, cu *sediul* în localitatea …………….…..………….. str. …………………………………………………….. nr. …..….., bl. ………, sc. …………, ap. ….., telefon …………….………………………… și *punct de lucru* în localitatea …………………………., str. …………………………………………......., nr. ……., bl. …., sc. …., ap. ……, adresa email …………………………………………………………., fax. ……………………., solicit autorizarea pentru examinarea ambulatorie a candidaţilor la obţinerea permisului de conducere şi a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie,în conformitate cu prevederile Ordinului *MS nr.1159 din 2010,* pentru următoarele specialități:

* Medicină internă
* Oftalmologie
* ORL
* Neurologie
* Psihiatrie
* Ortopedie-traumatologie
* Pneumologie

*Anexez în copie (conform cu originalul) următoarele documente:*

- certificatul de înregistrare în Registrul Unic al cabinetelor medicale pentru furnizorii organizaţi conform Ordonanţei Guvernului nr.124/1998, indiferent de forma lor de înfiinţare şi organizare

- autorizaţia sanitară de funcţionare

- dovada deţinerii unui spaţiu de care dispune în mod legal;

- dovada achitării contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate

- dovada deţinerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical (pentru unitatea sanitara);

- dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialităţile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare (medici specialisti si asistenti medicali)

- dovada că medicii au drept de liberă practică - certificat de membru + aviz anual eliberat de Colegiul Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare și asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

- pentru asistenţii medicali - certificat de membru + aviz anual eliberat de Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare și asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

- tabel cu medicii angajați / specialitate / cod parafă / specimen semnatură

- dovada deţinerii în proprietate a aparaturii din dotare;

- documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreţinerea şi verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.

***Mă oblig să comunic, în scris, Directiei de Sănătate Publică Arad, în termen de 5 zile lucratoare, orice modificare a conditiilor initiale în baza cărora unitatea medicală a fost autorizată.***

**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 autorizarea 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 emiterii autorizării 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………………. Semnatură reprezentat legal

**DECLARATIE**

Subsemnatul ………………………………………………………………….., reprezentant legal / administrator / medic titular al ........................................................................................................................, declar pe proprie răspundere, că voi comunica în scris Direcţiei de Sănătate Publică a judetului Arad care a emis autorizarea pentru examinarea ambulatorie a candidaţilor la obţinerea permisului de conducere şi a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie, *în termen de 5 zile lucrătoare*, orice modificare a condiţiilor inițiale în baza cărora am fost autorizați, în conformitate cu prevederile art. 6 alin 2 din *Ordinul Ministerului Sănătății nr.1159/2010 privind aprobarea Listei unităţilor de asistenţă medicală autorizate pentru examinarea ambulatorie a candidaţilor la obţinerea permisului de conducere şi a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie.*

Reprezentant legal .............................................................

Data ........./............/ ..............