

C ă t r e

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ JUDEȚEANĂ VASLUI

Doamna Director,

Subsemnatul(a),, cu domiciliul în localitatea, județul....., str.....bl., sc, et., ap....., posesor/posesoare al/a BI/CI seria nr., eliberat(ă) de la data de, absolvent(ă) a, cu diploma, seria..... nr..... având specialitatea, angajat(ă) la de la data de, telefon, e-mail..... solicit **REÎNNOIREA AUTORIZAȚIEI DE LIBERĂ PRACTICĂ pentru specialitatea**

Anexez la prezenta cerere următoarele documente:

- b) autorizația de liberă practică, în original;
- c) copie de pe documentul care atestă formarea profesională care a stat la baza emiterii autorizației inițiale de liberă practică precum diplomă/ certificat de absolvire/ certificat de calificare;
- d) certificat de cazier judiciar sau o declarație pe proprie răspundere ca nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;
- e) certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și de medicina muncii, în original;
- f) copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;
- g) copie dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii / formare profesională, prevăzut la lit.c) nu mai coincide cu cel din actul de identitate, în copie certificată cu originalul;
- h) adeverință de salariat emisă de o unitate autorizată sanitar, în original.

Notă: *Documentele în copie vor fi însoțite de cele originale în vederea certificării cu mențiunea conform cu originalul.*

Data

Semnătura