

Cerere pentru **AVIZAREA ANUALĂ** a autorizațiilor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical

Doamna Director,

Subsemnatul(a), născut(ă) la data de, CNP, cu domiciliul stabil în localitatea, str....., nr....., bl....., sc....., et., ap..... sector/județ..... telefon..... absolvent(ă)al/a, cu diploma..... serianr., membru(ă)....., având specialitatea confirmat(ă) specialist/principal prin Ordinul ministerului sănătății nr. /....., angajat(ă) la..... de la data de, vă rog a-mi VIZA autorizația de liberă practică în specialitatea

Anexez la prezenta cerere următoarele acte:

- a) Autorizația de liberă practică – în original;
- b) Fisa de aptitudine emisă de medicul de medicina muncii, în original, pentru confirmarea aptitudinii în exercitarea profesiei;
- c) Copia actului de identitate sau a oricarui alt document care atesta identitatea, potrivit legii, după caz, a titularului autorizației de liberă practică.

Documentația se depune la sediul D.S.P. Vaslui cu minim 30 de zile înainte de expirarea valabilității autorizației de liberă practică.

Data

Semnatura.....