



# DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI GALAȚI

Str. Brăilei, nr.177, Cod Poștal: 800578, Galați, România  
Tel: 0236463704; Fax: 0236464060; E-mail: [dspgl@dsp-galati.ro](mailto:dspgl@dsp-galati.ro)  
Operator de date cu caracter personal 19481/2011  
Compartimentul de Avize și Autorizare; E-mail: [avize@dsp-galati.ro](mailto:avize@dsp-galati.ro)

## CERERE

Subsemnatul(a),.....,cu domiciliul în localitatea.....  
județul.....str.....nr.....,bl.....sc.....et.....ap.....  
posesor/posezoare al/a BI/CI seria ..... nr. ...., eliberat de ..... la data de  
....., în calitate de ..... al.....  
cu sediul în.....str..... nr..... bl..... sc..... ap.....  
județul.....telefon....., fax....., email .....@.....  
înmatriculată la registrul comerțului sub nr. ...., având codul fiscal nr. ....  
din ....., solicit,

### asistența de specialitate de sănătate publică

pentru.....  
situat la (adresa): .....  
având ca obiect de activitate (cod CAEN):.....  
.....  
structura funcțională: .....  
.....  
.....

#### Anexez la cerere documentația solicitată, completă, și anume:

1. memoriu tehnic privind descrierea obiectivului și a activității care se desfășoară sau se va desfășura în acesta, după caz;
2. schițe cu detalii de structură funcțională și dotări specifice profilului de activitate;
3. planul de situație cu încadrarea în zonă cu menționarea vecinătăților, după caz;
4. document care să ateste deținerea legală a spațiului;
5. acceptul vecinilor, asociației de proprietari (unde este cazul);
6. actul doveditor destinație imobilului (autorizație de construcție, etc.)
7. certificat de urbanism (unde este cazul) da/nu;
8. cod fiscal, certificat constatator;
9. chitanța de plată a tarifului de asistență de specialitate de sănătate publică nr. ....  
din data de ....., în valoare de 200 lei;
10. alte documente în funcție de obiectiv, obiect activitate, cod c.a.e.n., etc.
11. dosar cu șină de încopiat.

*Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P. Galați, prin Compartimentul Avize și Autorizații, să prelucreze datele mele cu caracter personal care sunt oferite de către mine, în vederea emiterii notificării/autorizației sanitare, precum și să colecteze și să prelucreze aceste date pe durata valabilității notificării/autorizației sanitare, instituția având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului.*

**Documentele menționate vor fi depuse în copie cu mențiunea „conform cu originalul” și vor fi semnate și stampilate de către solicitant.**

Data .....

Semnătura .....

**Taxa de 200 lei** se poate achita în momentul depunerii documentației sau în contul **RO98TREZ30620E365000XXXX** deschis la Trezoreria Municipiului Galați.

**Beneficiar:** Direcția de Sănătate Publică Galați, Str. Brăilei, nr. 177, Con Fiscal:  
**11314530**