

Către Direcția de Sănătate Publică a Județului Galați

Doamnă Director,

Subsemnatul(a),, născut(ă) la data de,
CNP, cu domiciliul stabil în localitatea, str. nr.
....., bl., sc., et.....,ap., sectorul/județul, tel.,
absolvent(ă) al/a, cu diploma, având specialitatea
....., Certificat de competență/Certificat de perfecționare nr.
...../....., perioada, cu un nr. total de ore de pregătire,
angajat(ă) la, vă rog a-mi elibera autorizația de liberă practică
în specialitatea

Anexez următoarele acte:

- document de studii eliberat de o instituție de învățământ postliceal/superior acreditată care atestă formarea în profesie (diplomă de licență sau adeverință de absolvire a studiilor), în copie certificată cu originalul;
- certificat de cazier judiciar, în original, în termen;
- certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și viza medicului de medicina muncii, în original;
- copie certificată cu originalul a actului de identitate, în termen;
- dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate, în copie certificată cu originalul;
- adeverință de salariat emisă de o unitate sanitară autorizată.

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, precum și să colecteze și să prelucreze aceste date pe durata valabilității notificării, 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.

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

Data

Semnătura