

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., tel.,
angajat(ă)/ pensionar(ă) la de la data de,
vă rog a-mi aviza autorizația de liberă practică în specialitatea

Anexez alăturat:

- a) autorizația de liberă parctică, în original;
- b) fișa de aptitudine emisă de medicul de medicina muncii, în original, pentru confirmarea aptitudinii în exercitarea profesiei;
- c) copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz, a titularului autorizației de liberă practică;

Documentația pentru avizarea anuală se depune la sediul Direcției de Sănătate Publică a Județului Galați cu minimum 30 de zile înainte de expirarea valabilității autorizației de liberă practică.

Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P. Galați, prin Compartimentul de Asistență Medicală și Programe de Sănătate, 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