Cerere avizare Autorizație de liberă practică pentru servicii conexe actului medical (biologie, biochimie și chimie; fizică medical; sociologie; optică-optometrie; protezare-ortezare; protezare auditivă; audiologie; terapie vocală)26.08.2024

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a), …….…….,
născut(ă) la data de ……..., CNP ……..……..……..……..…
cu domiciliul stabil în localitatea ……..…..……...,
str. …….……., nr. ……., bl. ……, sc. ……, et. ……, ap. ……, sectorul/judeţul ……..……, tel. …….……,
posesor a autorizației de liberă practică nr. ……/ ……, angajat(ă) la ……..……... vă rog a-mi acorda avizarea anuală a **autorizaţiei de liberă practică** în specialitatea ……..……..…

Anexez următoarele acte:

a) autorizația de liberă practică, 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;

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

Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P.J. Mehedinti să prelucreze datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi e-mail, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale în scopul acordării avizării anuale a autorizației de liberă practică precum și pe durata valabilității acesteia, având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016.

Data …….…… Semnătura …….…..