

# DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ CLUJ

Nr.

## CERERE

Subsemnatul (a), .....,  
cu domiciliul în localitatea ....., județul .....,  
str. ...., bl./sc./et./ap. ...., posesor/posesoare al/a  
BI/CI seria ..... nr. ...., eliberat(ă) de ..... la  
data de ....., în calitate de ..... al .....,  
cu sediul în ....., telefon .....,  
fax ....., adresa e-mail .....,  
înmatriculată la registrul comerțului sub nr. ...., având codul fiscal  
nr. .... din ....., solicit eliberarea **Autorizației Sanitare de  
Functionare în baza declarației pe proprie răspundere** pentru obiectivul (fără  
prescurtări): .....  
.....  
situat la (adresa).....

Numele și prenumele persoanei care poate angaja legal răspunderea solicitantului  
..... funcția ..... mijloace prin  
care aceasta poate fi contactat: telefon ..... fax .....

Anexez la cerere documentația solicitată, completă, și anume:

- a) memoriul tehnic;
- b) planul de situație cu încadrarea în zonă;
- c) schițe cu detalii de structură funcțională și dotări specifice profilului de activitate;
- d) actul de înființare al solicitantului:
  - Statut,
  - Certificat de înscriere în Registrul asociațiilor și fundațiilor;
- e) acte doveditoare privind deținerea legală a spațiului;

**NOTĂ:** După analiza dosarului de către personalul compartimentelor de specialitate, D.S.P. își rezervă dreptul de a reveni privind completarea sau solicitarea de noi documente la dosarul depus.

Petentul va fi notificat în scris și în funcție de situație, telefonic în acest sens.

**Am luat la cunoștință**

Numele și prenumele:

Semnătura:

Data (completării) .....