

Către,

**Direcția de Sănătate Publică a Județului Cluj**

Subsemnata/ul \_\_\_\_\_

domicilat/ă în localitatea \_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_

nr. \_\_\_\_\_, bloc. \_\_\_\_\_, scara. \_\_\_\_\_, apartamentul \_\_\_\_\_, telefon \_\_\_\_\_

Solicit eliberarea **AUTORIZAȚIEI DE LIBERĂ PRACTICĂ MEDICALĂ.**

Alăturat anexez următoarele acte:

- 1. Dosar plic**
2. Copie după **act de identitate** valabil (BI/CI)
3. Copie după **certificatul de căsătorie** (dacă este cazul)
4. **Certificat de cazier judiciar** - valabil 6 luni de la data eliberării;
5. **Certificat de sănătate tip A5** (RBW, RX pulmonar, examen psihiatric) - valabil 3 luni de la data eliberării și **adeverință de la medicul de familie** cu rezultatele și parafele în original
6. Copie legalizată după **diploma de studii**
7. **Adeverință de încadrare și vechime** în specialitatea diplomei sau carte de muncă sau contract de muncă pentru cei care profesează în domeniu
8. Pentru categoriile de personal: biochimiști, biologi și biochimiști este necesar și **avizul Ordinului Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor din Sistemul Sanitar din România**
9. Copie după **decizia de pensionare** (dacă este cazul)
10. **Autorizația de liberă practică medicală**, în original (în cazul perschimbării)

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

Semnătura