Către,

Direcția de Sănătate Publică a Județului Cluj

Subsemnatul/a_____,
cu domiciliul în localitatea _____,
str_____, nr.____, bl.___, sc.____ ap._____,
județ/sector_____, telefon_____,

Solicit eliberarea

AUTORIZAȚIEI DE LIBERĂ PRACTICĂ MEDICALĂ.

Alăturat anexez următoarele:

1. **Dosar plic**
2. **Copie după actul de identitate în termen de valabilitate (B.I./C.I.)**
3. **Copie după certificatul de căsătorie (dacă este cazul)**
4. **Certificatul de cazier judiciar valabil 6 luni de la data eliberării**
5. **Certificatul Tip A5 (pentru examinările: RBW, examen psihiatric- anexați buletinele de analize in original) valabil 3 luni de la data eliberării**
6. **Adeverința de la medicul de familie**
7. **Copie legalizată după diploma de studii**
8. **Copie după adeverința de confirmare în grad profesional specialist/principal eliberată de MS (pentru biochimiști / biologi / chimiști)**
9. **Adeverința eliberată de unitatea de încadrare din care să rezulte funcția și specialitatea sau copia contractului de muncă pentru cei care profesează în domeniul medical**
10. **Avizul Ordinului Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor în Sistemul Sanitar din România pentru biochimiști, biologi și chimiști.**
11. **Copie după decizia de pensionare (dacă este cazul)**
12. **Autorizația de liberă practică medicală, în original (în cazul preschimbării)**

Data **Semnătura**