

**Către,**

**Direcția de Sănătate Publică a Județului Cluj**

**Subsemnatul/a** \_\_\_\_\_,

**cu domiciliul în localitatea** \_\_\_\_\_,

**str** \_\_\_\_\_, **nr.** \_\_\_\_\_, **bl.** \_\_\_\_\_, **sc.** \_\_\_\_\_ **ap.** \_\_\_\_\_,

**judet/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 (RBW, RX pulmonar, examen psihiatric) valabil 3 luni de la data eliberării, adeverința de la medicul de familie cu rezultatele și parafele în original**
- 6. Copie legalizată după diploma de studii**
- 7. Copie după adeverința de confirmare în grad profesional specialist/principal eliberată de MS ( pentru biochimiști / biologi / chimiști)**
- 8. Adeverința eliberată de unitatea de încadrare din care să rezulte funcția și specialitatea sau copia contractului de muncă pentru cei care profesază în domeniul medical**
- 9. Avizul Ordinului Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor în Sistemul Sanitar din România pentru biochimiști, biologi și chimiști.**
- 10. Copie după decizia de pensionare (dacă este cazul)**
- 11. Autorizația de liberă practică medicală, în original (în cazul preschimbării)**

**Data**

**Semnătura**