Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a), ........................, născut(ă) la data de ............., CNP ..................., cu domiciliul stabil în localitatea ....................., str. ................... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ...., ap. ...., sectorul/județul .................., tel. .................., absolvent(ă) al/a ......................., cu diploma ....................., având specialitatea ........................................., Certificat de competență/Certificat de perfecționare nr. ........./........., perioada ............., cu un nr. total de ore de pregătire ................., angajat(ă) la ..........................., vă rog a-mi elibera autorizația de liberă practică în specialitatea ................... .

Anexez următoarele acte:

– document de studii eliberat de o instituție de învățământ superior acreditată care atestă formarea în profesie (diplomă de licență sau adeverință de absolvire a studiilor), în copie certificată cu originalul;

– certificat de cazier judiciar, în original, în termen;

– certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și viza medicului de medicina muncii, în original;

– copie certificată cu originalul a actului de identitate, în termen;

– dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate, în copie certificată cu originalul;

– adeverință de salariat emisă de o unitate sanitară autorizată.

Data ......................

Semnătura ...................