Către Direcția de Sănătate Publică Iași

**Domnule Director,**

Subsemnatul…………………………………………………………………………….., reprezentant legal al

………………………………………………………………….. cu sediul în localitatea ……………………..

Str. …………………………………………………….. nr. ….., bl. …………………… solicit **viza anuala** pentru a autorizarea cu nr. ………din …/……/ ……… pentru examinarea ambulatorie a candidaţilor la obţinerea permisului de conducere şi a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie, în conformitate cu ordinul MS nr. 1159 din 2010 pentru urmatoarele specialitati:

* Medicină internă da / nu
* Oftalmologie da / nu
* ORL da / nu
* Neurologie da / nu
* Psihiatrie da / nu
* Ortopedie-traumatologie da / nu

***Anexez în copie (conform cu originalul) următoarele documente:***

a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale (pentru furnizorii organizaţi conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998) sau, după caz, actul de înfiinţare sau organizare conform legislaţiei în vigoare;

b) autorizaţia sanitară de funcţionare /raport sau proces-verbal de constatare a condiţiilor igienico-sanitare, după caz;

c) dovada deţinerii unui spaţiu de care dispune în mod legal;

d) dovada achitării contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate ( atestat fiscal)

e) dovada deţinerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical (pentru unitatea sanitara) ;

f) dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialităţile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare (medici specialist si asistenti medicali)

g) dovada că medicii au drept de liberă practică/certificat de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare;

- tabel cu medici angajati / specialitate / parafa / specimen semnatura

- certificat membru Colegiul Medicilor / aviz anual

- asigurare malpraxis

h) pentru asistenţii medicali, autorizaţie de liberă practică/certificat de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare;

- tabel cu asistentii medicali angajati

- certificat membru OAMMR /aviz anual

- asigurare malpraxis

i) dovada deţinerii în proprietate a aparaturii din dotare;

j) documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreţinerea şi verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.

k) certificat fiscal în original din care să reiasă că unitatea medicală nu are datorii către stat

l) **autorizația unității medicale nr. ……. din …………….. în original**

***Documentele în copie vor avea mențiunea conform cu originalul, ștampila unității și semnătura reprezentant legal***

Datele de contact ale unitatii medicale sunt:

Adresa : Localitatea……………………………, Str. …………………………………nr……..

Telefon pentru solicitanți……………………….., e-mail………………………………….

Fax…………………………………

Persoana de contact ………………….., Telefon de contact…………………

**Mă oblig în scris, să comunic Direcției de Sănătate Publică Iași în termen de 5 zile lucrătoare , orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora unitatea a fost autorizată.**

*Nume prenume reprezentant legal ……………………………………………..*

**Data**  *Semnatura reprezentat legal / stampila unitatii*

*Nota documentatia pentru viza anuala se depune cu cel putin 30 zile anterioare termenului de expirare a vizei*

*DECLARAȚIE*

*Subsemnatul……………………………………………………….., reprezentant*

*legal al .............................................................................................................,*

*declar pe proprie raspundere, că voi comunica în scris Direcţiei de Sănătate Publică a județului Iași care a emis autorizarea pentru examinarea ambulatorie a candidaţilor la obţinerea permisului de conducere şi a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie, în termen de 5 zile lucrătoare, orice modificare a condiţiilor iniţiale în baza cărora am fost autorizați în conformitate cu art. 6 alin 2 din ordinul Ministerului Sănătății**nr. 1.159 din 31 august 2010 privind aprobarea Listei unităţilor de asistenţă medicală autorizate pentru examinarea ambulatorie a candidaţilor la obţinerea permisului de conducere şi a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie.*

*Reprezentant legal*

*.............................................................*

*Data*

*........./............/ ...............*

**Anexa nr. 2 la Regulament**

**Declaraţie de consimţământ**

**cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal**

Direcţia de Sănătate Publică Judeţeană Iași, str. V. Conta nr. 2-4, Iași, operator de date cu caracter personal, prelucreaza datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, numar si serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi email, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale în vederea scopului specificat în declaratie.

Datele furnizate sunt destinate utilizarii de catre operator, sunt comunicate persoanei vizate sau reprezentantului legal al persoanei vizate si nu vor fi transferate catre alte entitati, cu exceptia autoritatilor competente de cercetare a unor fapte penale, la solicitarea acestora.

Astfel, în vederea unei prelucrari echitabile şi transparente si pentru garantarea demnității umane, a intereselor legitime și a drepturilor fundamentale ale persoanelor vizate operatorul pune la dispozitie persoanei vizate urmatoarele informatii, conform Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016:

-dreptul de a cunoaste perioada pentru care vor fi stocate datele cu caracter personal conform prevederilor legale, destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor, datele de contact ale responsabilului cu protecţia datelor;

-dreptul de a solicita accesul la acestea printr-o cerere scrisă, semnată şi datată, de rectificare, blocare, restricţionare sau ştergere a acestora (dreptul de a fi uitat), precum si a dreptului de a se opune prelucrării;

-dreptul de a retrage consimţământul în orice moment, fără a afecta legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimţământului înainte de retragerea acestuia;

-dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale;

-dreptul de a depune o plângere în faţa autorităţi de supraveghere

Subsemnata/ul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_având datele de identificare:

CI/BI/P seria\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_eliberat de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_la data de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declar pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea şi prelucrarea

datelor mele personale în scopul obtinerii ***autorizarii unitatii de asistenta medicala pentru examinare ambulatorie a candidatilor la obtinerea permisului de conducere***, iar aceste date corespund realităţii.

În acest sens, sunt de acord cu depunerea de copii ale documentelor prevazute în cerere, ele fiind necesare în scopul anterior menționat.

Am luat la cunoștință faptul că refuzul meu determină refuzul operatorului/furnizorului de a incheia orice contract cu persoana mea sau de a-mi elibera documentele solicitate şi, în consecinţă, de a nu-mi furniza serviciile dorite.

Am luat la cunoştinţă că datele vor fi tratate confidenţial, în conformitate cu prevederile Regulamentului general privind protecția datelor (RGPD) nr. 679 din 27.04.2016,

privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date cu modificările si completările ulterioare.

Data Semnatura

------------------------------------------- ---------------------------------