**ANEXA 1**

**Instituţia** ( societatea, asociaţia, fundaţia, unitatea sanitară)

 ............................................................................................................................................................

 Către

  **Direcţia de Sănătate Publică a Municipilului Iași**

  **Director executiv/Compartiment asistenţă medicală şi programe**

**CERERE**

*(datele se completează cu majuscule)*

 (1) pentru emiterea autorizaţiei de funcţionare pentru furnizarea îngrijirilor paliative la domiciliu/

 (2) pentru avizarea la 3 ani a autorizaţiei de funcţionare pentru furnizarea îngrijirilor paliative la domiciliu

 Subsemnatul/Subsemnata, ............., domiciliat/domiciliată în ..........., str. ........ nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ..., posesor/posesoare al/a B.I. seria ... nr. ...., eliberat de .... la data ......, reprezentant legal al ..................., cu sediul în ......, str. ........... nr. ......, bl. ......, sc. ....., et. ....., ap. ...., judeţul/sectorul ..........., vă rog să binevoiţi a aproba eliberarea autorizaţiei de funcţionare în domeniul îngrijirilor paliative la domiciliu, în conformitate cu reglementările legale în vigoare, pentru instituţia, societatea, asociaţia, fundaţia, unitatea sanitară sus-menţionată.

 Anexez în completarea cererii mele copii ale următoarelor documente:

 a) declaraţia pe propria răspundere privind furnizarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu;

 b) statutul unităţii, alte documente constitutive, certificat constatator cu menţionarea punctului de lucru (după caz) (copie)\*;

 c) documente care atestă dobândirea personalităţii juridice (copie)\*;

 d) dovada înregistrării în registrul asociaţiilor şi fundaţiilor, după caz (copie)\*;

 e) documente privind deţinerea legală a sediului dispeceratului pentru îngrijiri medicale la domiciliu (situaţie juridică, schiţă, plan de amplasare în zonă) (copie);

 f) regulamentul de organizare şi funcţionare\*;

 g) organigrama serviciului de îngrijiri paliative la domiciliu (copie)\*;

 h) documente privind codul fiscal, certificat de înregistrare fiscală (copie)\*;

 i) lista personalului angajat în serviciul de îngrijiri paliative la domiciliu (copie REVISAL sau copie contracte de muncă/prestări servicii)\*;

 j) dovada pregătirii profesionale/documente de liberă practică (avize anuale) pentru personalul medical angajat pentru asigurarea îngrijirilor medicale la domiciliu (copie);

 k) lista dotărilor existente;

 l) alte documente, după caz, care se vor solicita în mod oficial.

**Data…………………. Reprezentant legal………………………..**

 **Semnătura……….**

\*menționăm că termenul de soluționare a cererii decurge de la data depunerii complete a documentației.