Către,

Direcţia de Sănătate Publică a Județului Iasi

Doamna Director,

Subsemnatul(a), ................................................................, cu domiciliul în localitatea ...............................,judeţul......................,str................................bl./sc./et./ap. ................................, posesor/posesoare al/a BI/CI seria ......... nr. ..................., eliberat(ă) de ..................................... la data de ........................., absolventa a ........................................................................., cu diploma .................................., seria.......................nr.....................membru(a).....................avand specialitatea........................, confirmat specialist/principal prin Ordinul ministrului sanatatii nr..............angajat(a)/pensionar(a) la....................................... de la data de ......................................telefon ..............................., solicit REÎNNOIREA AUTORIZAȚIEI DE LIBERA PRACTICA PENTRU SPECIALITATEA.............................................................

Anexez la prezenta cerere documentaţia solicitată şi anume:

a)cerere pentru reinoirea autorizatiei de libera practica

b)autorizatie de libera practica, in originalc)copie de pe documentul care atestă formarea profesională care a stat la baza emiterii autorizațieiinițiale de liberă practică precum diplomă/certificat de absolvire/certificat de calificare.d)certificat de cazier judiciar sau o declaratie pe proprie raspundere ca nu exista antecedentepenale incompatibile cu profesia exercitatae)certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza mediculuipsihiatru şi de medicina muncii, în original;f)copia actului de identitate sau a oricarui alt document care atesta identitatea, potrivit legii, dupa caz g)copie dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii /formare profesională, prevăzut la lit.c) nu mai coincide cu cel din actul de identitate, în copiecertificată cu originalul; h)adeverinţă de salariat emisă de o unitate autorizată sanitar.

\*Documentele in copie vor fi insotite de cele originale in vederea certificarii cu mentiunea conform cu originalul.

Data ................ Semnătura ..................