Către,

Direcţia de Sănătate Publică a Județului Iasi

Doamna Director,

Subsemnatul(a) ………….…………………………………………………………………….., născut(ă) la data de ………………………..…, CNP ……………..………………….………………..,cu domiciliul stabil în localitatea .…..……….……………………….., str………………………….., nr……, bl……., sc……, et. …….., ap….. sector/judeţ…………………. telefon……………… absolvent(ă) al/a .….…………………..………………………………………………….……………, cu diploma…………….…..…. seria ………nr. .………….., membru(ă)…………………….………, având specialitatea ......………………………………… confirmat(ă) specialist/principal prin Ordinul ministerului sănătății nr. …..…./………….……………………………………………….., angajat(ă)/pensionar(ă) la………….………….…………… de la data de …………….…………,vă rog a-mi VIZA autorizaţia de liberă practică în specialitatea ......................................................

Anexez următoarele acte:

a)Cerere pentru avizarea autorizatiei de libera practica

b)Autorizația de liberă practică – în original

c)Fisa de aptitudine emisa de medicul de medicina muncii, in original pentru confirmarea aptitudinii inexercitarea profesiei

d)copia actului de identitate sau a oricarui alt document care atesta identitatea, potrivit legii, dupa caz, a titularuluiautorizatiei de libera practica

\* Documentatia se depune la sediul DSP Iasi cu minim 30 de zile inainte de expirarea valabilitatii autorizatiei de libera practica.

Data……………………………………… Semnătura…………………………