**C ă t r e ,**

 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.....................avand specialitatea

......................,……………………………………….confirmat specialist/principal prin Ordinul ministrului sanatatii nr.............(dacă este cazul) , angajat(a) la....................................... de la data de ......................................telefon ...............................,e-mail………………………………………. 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 original

c) copie de pe documentul care atestă formarea profesională care a stat la baza emiterii autorizației inițiale 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 antecedente penale incompatibile cu profesia exercitata

e) certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru 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 copie certificată 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 ..................