C ă t r e ,

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……………….………..e-mail………………………………………………

absolvent(ă) al/a………………………………………………………………………cu diploma………………………….

.…………….………..………..seria………nr..…………..,având specialitatea ......………………………………….

……………………………………………………confirmat(ă) specialist/principal prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. …..…./……………..(dacă este cazul), angajat(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 in exercitarea profesiei

d) copia actului de identitate sau a oricarui alt document care atesta identitatea, potrivit legii, dupa caz, a titularului autorizatiei 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…………………………