

Către Direcția de Sănătate Publică Bihor

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a), _____,
născut(ă) la data de _____, CNP _____, cu
domiciliul stabil în localitatea _____, str.
_____, nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____,
ap. _____, sectorul/județul _____, tel. _____,
absolvent(ă) al/a _____,
cu diploma _____, având
specialitatea _____, Certificat de competență/Certificat de
perfecționare nr. _____ / _____, perioada _____, cu un
număr total de ore de pregătire _____, angajat(ă) la
_____, vă rog a-mi aviza autorizația de
liberă practică în specialitatea _____.

Anexez următoarele acte:

- a) autorizația de liberă practică, în original;
- b) fișa de aptitudine emisă de medicul de medicina muncii, în original, pentru confirmarea aptitudinii în exercitarea profesiei;
- c) copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz, a titularului autorizației de liberă practică.

Documentația pentru avizarea anuală se depune la sediul Direcției de Sănătate Publică Bihor cu minimum 30 de zile înainte de expirarea valabilității autorizației de liberă practică.

Data _____

Semnătura _____

***Cerere avizare anuală a autorizației de liberă practică pentru serviciile publice conexe actului medical**