

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 reînnoi autorizația de
liberă practică în specialitatea _____.

Anexez următoarele acte:

- a) autorizația de liberă practică în original;
- b) 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;
- c) cazierul judiciar sau o declarație pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;
- d) certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și de medicina muncii, în original;
- e) copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;
- f) copie de pe dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii/formare profesională, prevăzut la lit. b), nu mai coincide cu cel din actul de identitate;
- g) adeverință de salariat emisă de o unitate autorizată sanitar.

Copiile de pe actele prevăzute la literele b), e) și f) se prezintă însoțite de documentele originale.

Data _____ Semnătura _____

*** Cerere pentru reînnoirea autorizației de liberă practică pentru serviciile publice conexe actului medical**