CERERE DE ELIBERARE AUTORIZAȚIE LIBERĂ PRACTICĂ

**AUDIOLOG**

DOMNULE DIRECTOR

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

    Anexez următoarele acte:

    a) **document de studii superioare** specifice de lungă durată (***diplomă de absolvire/diplomă de licenţă/master):***

    (i) specializarea de audiologie şi protezare auditivă - în cadrul **universităţilor de medicină** (facultatea de medicină sau facultatea de bioinginerie) - 3 ani;

    (ii) ***colegiul de audiologie şi protezare auditivă*** - în cadrul universităţilor de medicină - 3 ani;

    b) **cazierul judiciar** sau o declaraţie pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;

    c) **certificat de sănătate** fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă vizele medicului psihiatru şi a medicului de medicina muncii, în original;

    d) copia **actului de identitate** sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;

    e) copie de pe **dovada de schimbare a numelui**, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate.

DOMNULUI DIRECTOR EXECUTIVAL DIRECȚIEI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ DOLJ