CERERE DE ELIBERARE AUTORIZAȚIE LIBERĂ PRACTICĂ

**FIZICIAN MEDICAL/SOCIOLOG MEDICAL**

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) copii ale **documentelor de studii** eliberate de o instituţie de învăţământ superior acreditată care atestă formarea în profesia de fizician (***licenţă în fizică***) sau sociolog (***licenţă în sociologie***), precum diplomă de licenţă sau adeverinţă de absolvire a studiilor universitare;

    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 viza 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.

Data ........................ Semnătura ..............................................

DOMNULUI DIRECTOR EXECUTIV
AL DIRECȚIEI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ DOLJ