CERERE DE ELIBERARE AUTORIZAȚIE LIBERĂ PRACTICĂ

**OPTICIAN-OPTOMETRIST**

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 ................... seria ......., nr. ....................., având specialitatea ...................................................................................................., Certificat de competență/Certificat de perfecționare nr. ............./...................., perioada ........................., cu un nr. total de ore de pregătire ..............., angajat(ă) la ........................, vă rog a-mi emite autorizația de liberă practică în specialitatea ..............................................................................

Anexez următoarele acte:

**a**) copii ale documentelor de studii de formare profesională, reprezentate de:

(i) diplomă/certificat de absolvire sau adeverință de absolvire a studiilor, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor, eliberate de o instituție de învățământ postliceal/superior acreditată care atestă formarea în profesia de optician-optometrist sau inginerie medicală, precum și alte specialități cu studii de licență în optică-optometrie;

sau

(ii) certificat de calificare profesională, emis de o unitate de formare specifică acreditată, cu durată de minimum 2.200 de ore/nivel de calificare 5 sau 6, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulților, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Hotărârii Guvernului nr. 918/2013 privind aprobarea Cadrului național al calificărilor, cu modificările și completările ulterioare, pentru absolvenți de învățământ mediu, cu diplomă de bacalaureat, sau superior;

sau

(iii) certificat de perfecționare/specializare de minimum 720 de ore/nivel de calificare 3, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulților, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale Hotărârii Guvernului nr. 918/2013 privind aprobarea Cadrului național al calificărilor, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cu experiență în domeniu de minimum 7 ani, atestată prin adeverință de salariat;

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

**c)** certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și 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