CERERE DE ELIBERARE AUTORIZAȚIE LIBERĂ PRACTICĂ

**Tehnician acustician-audioprotezist**

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** de formare profesională, reprezentate de:

    (i) ***diplomă de licenţă*** eliberată de o instituţie de învăţământ superior acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare auditivă, tehnician acustician-audioprotezist sau inginerie medicală/***certificat de absolvire*** eliberat de o instituţie de învăţământ postliceal acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare auditivă, tehnician acustician-audioprotezist/***certificat de atestare a competenţelor profesionale*** emis în urma frecventării programelor postuniversitare de formare şi dezvoltare profesională în profesia de tehnician protezare auditivă, tehnician acustician-audioprotezist/***diplomă de absolvire a studiilor medii*** eliberată de o instituţie de învăţământ mediu acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare auditivă, tehnician acustician-audioprotezist sau adeverinţă de absolvire a studiilor universitare/postliceale, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor;

    sau

    (ii) ***certificat de calificare profesională*** cu durată de minimum 1.440 de ore/nivel de calificare minimum 5, conform prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulţilor, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ale Hotărârii Guvernului nr. 918/2013 privind aprobarea Cadrului naţional al calificărilor, cu modificările şi completările ulterioare, pentru absolvenţi de învăţământ mediu, cu diplomă de bacalaureat, sau superior şi ale Hotărârii Guvernului nr. 772/2022 privind aprobarea Metodologiei de acordare a creditelor transferabile pentru formarea profesională a adulţilor, precum şi pentru abrogarea Hotărârii Guvernului nr. 844/2002 privind aprobarea nomenclatoarelor calificărilor profesionale pentru care se asigură pregătirea prin învăţământul preuniversitar, precum şi durata de şcolarizare, pentru absolvenţi de învăţământ mediu, cu diplomă de bacalaureat, sau superior;

    sau

    (iii) ***certificat de absolvire a unui program de formare profesională*** de minimum 500 de ore, conform prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulţilor, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cu experienţă în domeniu de minimum 3 ani, atestată prin adeverinţă de salariat;

    sau

    (iv) ***diplomă de master*** eliberată de o instituţie de învăţământ superior acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare auditivă sau adeverinţă de absolvire a studiilor de master, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor;

    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 EXECUTIVAL DIRECȚIEI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ DOLJ