CERERE DE ELIBERARE AUTORIZAȚIE LIBERĂ PRACTICĂ

**TERAPIE VOCALĂ**

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 superioare de lungă durată (diplomă de absolvire/diplomă de licență) emise de:

(i) facultatea de psihopedagogie specială;

(ii) facultatea de medicină generală;

(iii) facultatea de muzică - secția pedagogie muzicală, canto;

**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

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

DOMNULUI DIRECTOR EXECUTIV
AL DIRECȚIEI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ DOLJ