CERERE DE ELIBERARE AUTORIZAȚIE LIBERĂ PRACTICĂ

**TERAPEUT VOCAL**

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 superioare** de lungă durată (***diplomă de absolvire/diplomă de licenţă) emise de:***

    (i) facultatea de psihopedagogie specială;

    (ii) facultatea de medicină generală;

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

    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