

**Către,**

**Direcția de Sănătate Publică a Județului Cluj**

**Domnule Director,**

Subsemnatul(a), ....., cu domiciliul în localitatea ....., județul ....., str. .... bl./sc./et./ap. ...., posesor/posesoare al/a BI/CI seria ..... nr. ...., eliberat(ă) de ..... la data de ....., absolventa a ....., cu diploma ....., seria.....nr.....membru(a).....avand specialitatea....., confirmat specialist/principal prin Ordinul ministrului sanatatii nr.....angajat(a)/pensionar(a) la..... de la data de .....telefon ....., solicit **REÎNNOIREA** AUTORIZAȚIEI DE LIBERA PRACTICA PENTRU **SPECIALITATEA.....**

**Anexez la prezenta cerere documentația solicitată și anume:**

**a) cerere** pentru reînnoirea autorizației de liberă practică

**b) autorizație de liberă practică**, în original

**c) copie de pe documentul** care atestă formarea profesională care a stat la baza emiterii autorizației inițiale de liberă practică precum diplomă/certificat de absolvire/certificat de calificare.

**d) certificat de cazier judiciar** sau o declarație pe proprie răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată

**e) certificat de sănătate fizică și psihică tip A5**, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și de medicina muncii, în original;

**f) copia actului de identitate** sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz

**g) copie dovada de schimbare a numelui**, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii / formare profesională, prevăzut la lit.c) nu mai coincide cu cel din actul de identitate, în copie certificată cu originalul;

**h) adeverință de salariat emisă de o unitate autorizată sanitar.**

**\*Documentele în copie vor fi însoțite de cele originale în vederea certificării cu mențiunea conform cu originalul.**

Data .....

Semnătura .....