

Către,

Direcția de Sănătate Publică a Județului Cluj

Domnule Director,

Subsemnatul(a),
născut(ă) la data de, CNP,
cu domiciliul stabil în localitatea, str.....,
nr....., bl....., sc....., et., ap..... sector/județ..... telefon.....
absolvent(ă) al/a,
cu diploma..... serianr., membru(ă).....,
având specialitatea confirmat(ă) specialist/principal prin
Ordinul ministerului sănătății nr. /.....,
angajat(ă)/pensionar(ă) la..... de la data de,
vă rog a-mi VIZA autorizația de liberă practică în specialitatea

Anexez următoarele acte:

- a) Cerere pentru avizarea autorizației de liberă practică
- b) Autorizația de liberă practică – **în original**
- c) Fișa de aptitudine emisă de medicul de medicina muncii, în original pentru confirmarea aptitudinii în exercitarea profesiei
- d) copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz, a titularului autorizației de liberă practică

*** Documentația se depune la sediul DSP Cluj cu minim 30 de zile înainte de expirarea valabilității autorizației de liberă practică.**

Data,

Semnatura,