

Către,

Direcția de Sănătate Publică a Județului Cluj

Subsemnatul/a _____,
cu domiciliul în localitatea _____,
str _____, nr. _____, bl. _____, sc. _____ ap. _____,
județ/sector _____, telefon _____,

Solicit eliberarea

AUTORIZAȚIEI DE LIBERĂ PRACTICĂ MEDICALĂ.

Alăturat anexez următoarele:

- 1. Dosar plic**
- 2. Copie după actul de identitate în termen de valabilitate (B.I./C.I.)**
- 3. Copie după certificatul de căsătorie (dacă este cazul)**
- 4. Certificatul de cazier judiciar valabil 6 luni de la data eliberării**
- 5. Certificatul Tip A5 (pentru examenările: RBW, RX pulmonar, examen psihiatric- anexati buletinele de analize in original) valabil 3 luni de la data eliberării**
- 6. Adeverința de la medicul de familie**
- 7. Copie legalizată după diploma de studii**
- 8. Copie după adeverința de confirmare în grad profesional specialist/principal eliberată de MS (pentru biochimiști / biologi / chimiști)**
- 9. Adeverința eliberată de unitatea de încadrare din care să rezulte funcția și specialitatea sau copia contractului de muncă pentru cei care profesează în domeniul medical**
- 10. Avizul Ordinului Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor în Sistemul Sanitar din România pentru biochimiști, biologi și chimiști.**
- 11. Copie după decizia de pensionare (dacă este cazul)**
- 12. Autorizația de liberă practică medicală, în original (în cazul preschimbării)**

Data

Semnătura