Doamnă/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. ....................., membru(ă) ................................, având specialitatea ....................................., confirmat(ă) specialist/principal prin Ordinul ministrului sănătății nr. ........../.........., angajat(ă)/pensionar(ă) la .................. de la data de .................., vă rog a-mi elibera autorizația de liberă practică în specialitatea ........................... .

Anexez următoarele acte:

– document de studii eliberat de o instituție de învățământ superior acreditată care atestă formarea în profesie (diplomă de licență sau adeverință de absolvire a studiilor), în copie certificată cu originalul;

– certificat de cazier judiciar, în original, în termen;

– certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, în termen, care include viza medicului psihiatru și viza medicului de medicina muncii, în original;– act de identitate, în copie certificată cu originalul, în termen;

– dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate, în copie certificată cu originalul;

– avizul Ordinului Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor din Sistemul Sanitar din România;

– adeverință de salariat emisă de o unitate sanitară autorizată.

Data .......................

Semnătura ....................