|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Description: Description: sigla DSP | **MINISTERUL SĂNĂTĂŢII*****DIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ JUDEŢEANĂ TIMIŞ******STR.LENAU NR. 10, TIMISOARA 300029******Tel. 0256/494680 Fax. 0256/494667*****Cod fiscal 11292024; Nr. operator de date cu caracter personal 34022****e-mail** dspj.timis@dsptimis.ro |  |

 **Nr. înreg ................./.............../20….**

**CERERE**

 Subsemnatul(a), ............................................................................cu domiciliul în judeţul.................., localitatea..........................................., str.............................................., nr......., bl......., sc....., et....., ap....,posesor/posesoare al/a BI/CI seria .........nr. .................................. eliberat de ..................................... la data de........................, în calitate de...................................... al ............................................................. cu sediul în .................................. str. ......................................., nr. ......., telefon.................................., înmatriculată la registrul comerţului cu nr. ........................, având codul fiscal nr. ...................... din data ................... **solicit :**

□ **autorizaţie sanitară cu evaluare**

□ **autorizaţie sanitară în baza declaraţiei pe proprie răspundere**

□ **certificarea conformităţii**

□ **asistenţa de specialitate de sănătate publică**

□ **viza**

pentru ............................................................................................................................................

situat la adresa: ..........................................................,………………………………………………..

având ca obiect de activitate (cod CAEN): ......................................................................................

structura funcţională:........................................................................................................................

 Anexez la cerere documentaţia solicitată, completă, şi anume:

 a) memoriul tehnic;

 b) planul de situaţie cu încadrarea în zonă;

 c) schiţe cu detalii de structură funcţională şi dotări specifice profilului de activitate;

 d) actul de înfiinţare al solicitantului (certificat de înregistrare şi certificat constator registrul comerţului pentru sediile lucrative)

 e) acte doveditoare privind deţinerea legală a spaţiului;

\* extras CF actualizat (nu mai vechi de 30 zile)

\* Contract închiriere / comodat / concesiune

\* *pentru autorizaţie sanitară cu evaluare***:** *declaraţia pe propria răspundere că spaţiul pentru care se solicită autorizarea este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu*

 f) alte documente specifice după caz

 \* *pentru autorizaţie sanitară în baza declaraţiei pe proprie răspundere: declaraţia referitoare la condiţiile igienico-sanitare conform anexei 4a*

 \* pentru asistenţă de specialitate: certificat de urbanism / acordul vecinilor dacă este cazul;

 \* *pentru cabinete medicale*: avizul Colegiului medicilor pentru cabinet medical / dovada de la registrul comerţului că societatea are obiect unic de activitate medicală / document justificativ care atestă calitatea de medic a administratorului sau cel puţin o treime din consiliul de administraţie pentru cabinete medicale organizate ca SRL / contract deşeuri medicale dacă e cazul

 g) chitanţa de plată a tarifului de autorizare/certificare/asistenţă/viză/ nr. **.............................** din data de **...............................**, în valoare de **...................** lei.

chitanţa de plată a taxei de urgenţă nr**.............................** din data de **...............................**, în valoare de 50 lei.

 Solicit eliberarea în regim de urgenţă DA / NU

 **Documentele menţionate la lit. a)- f) vor fi depuse în original sau în copie cu menţiunea ,,conform cu originalul" şi vor fi semnate şi ştampilate de către solicitant**.

 **Documentele specificate în cerere sunt obligatorii pentru înregistrarea documentaţiei, se vor depune în dosar cu şină numerotate începând cu ultima pagină.**

Data (completării) ....................... Semnătura **.............................**

Persoana de contact …………………………………

Telefon / e-mail

COMPARTIMENT AVIZE AUTORIZĂRI

Dosarul conţine la înregistrare .**............**file Verificat