Anexa 3

Direcția de Sănătate Publică Timiș

Înregistrare Avize autorizare

Nr. ...../R din …..... /..... / 20.…

Cerere autorizație sanitară de funcționare cabinet medical şcolar

Subsemnatul(a),..... cu domiciliul în județul……....., 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. ....., bl....., sc....., et....., ap...., telefon....., fax……., e-mail: …….. înmatriculată la Registrul comerţului cu nr. ....., având codul fiscal nr. ..... din data ..... **solicit :**

Autorizație sanitară în baza referatului de evaluare pentru ...□ grădiniță ..... .□ școală .....□ universitate

situat la adresa: .....……..

având ca obiect de activitate (cod CAEN): □**....8621 Activități de asistență medicală generală**
□**....8623 Activități de asistență medicală stomatologică**

structura funcţională:... □ **cabinet medical școlar**.....

☐**Autorizație sanitară de funcționare anterioară cu nr...../…..../R din …./…../……**

Anexez la cerere documentația solicitată, completă, și anume:

a) memoriul tehnic în care este descris modul de îndeplinire a cerinţelor prevăzute de reglementările legale specifice domeniului de activitate;
b) planul de situație cu încadrarea în zonă;
c) schițe cu detalii de structură funcțională și dotări specifice profilului de activitate;
d) acte doveditoare privind deţinerea legală a spațiului;
* extras CF actualizat (nu mai vechi de 30 zile) în care destinația spațiului să fie conformă cu activitatea desfășurată
* Contract închiriere / comodat / concesiune adaptat tipului de activitate desfăşurat
* declarația pe propria răspundere că spațiul pentru care se solicită autorizare este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu

e) documente care atestă dobândirea personalității juridice - codul fiscal, certificat de înregistrare fiscală, iar pentru asociații şi fundații, statutul unității și dovada înregistrării în registrul asociațiilor şi fundațiilor;
f) contract deşeuri medicale;
g) copie autorizație sanitară de funcționare anterioară, dacă e cazul
h) dovada de plată a tarifului de autorizare nr. ……..... din data de ....., în valoare de **300** lei.
- dovada de plată a taxei de urgență nr..... din data de ....., în valoare de 50 lei.
i) alte documente care sa ateste indeplinirea cerintelor legale incidente domeniului ……

Cererea și actele anexate se vor depune în dosar cu șină și vor fi numerotate pe fiecare filă începând din spate (de la ultima filă).

Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.

Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P.J. Timiş să prelucreze datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, număr și serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi e-mail, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale în scopul emiterii autorizației sanitare de funcționare precum și pe durata valabilității acesteia, având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016.

Pot fi informat / notificat pentru completări **la e-mail: .....**
Persoana de contact …… **Telefon……**

Data (completării) ..... Semnătură solicitant ……

***Menționăm că, termenul de soluționare curge de la data depunerii documentației complete si termenul de valabilitate de la data emiterii.**

COMPARTIMENT AVIZE ȘI AUTORIZARE
Dosarul conține la înregistrare .....file

OPIS

pentru *autorizaţie sanitară cu referat de evaluare* - CABINET MEDICAL ŞCOLAR

1. **cerere conform anexei nr. 3 la .....**
2. **dovada de plată a tarifului de autorizare/ extras de cont bancar 300 lei la .....**
3. **dovada de plată a taxei de urgenţă la .....**
4. **împuternicire, după caz la .....**
5. **copie BI/ CI reprezentant/ împuternicit la .....**
6. **actul de înfiinţare al solicitantului,**
   a. ***Public-***

- **Cod fiscal la .....**
- **Dovada că unitatea școlară este în administrarea primăriei la .....**

   b. ***Privat - SRL***

- **Certificat de înregistrare fiscală, cod fiscal la .....**
- **Actul constitutiv, statutul la .....**
- ***pentru Asociații, Fundații, Organizații la .....**
  - *i. Hotărârea judecătorească de înfiinţare/ Certificat de înscriere a persoanei juridice fără scop patrimonial în Registrul Special de Asociații conform Legii nr. 245/2005 cu modificări și completări ulterioare/ Încheiere civilă de înregistrare judecătorie*
  - ***ii.** Horărârea statuară a organelor de conducere*

7. **acte doveditoare privind deţinerea legală a spaţiului;**

- **extras CF actualizat** (nu mai vechi de 30 zile) **la .....**
- **contract spatiu adaptat tipului de activitate desfăşurat cu proprietar în termen de valabilitate la .....**
- **declaraţia pe propria răspundere că spaţiul pentru care se solicită autorizarea este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu (model anexat) la .....**

8. **memoriul tehnic tehnoredactat conform *model anexat* la .....**
9. **planul de situaţie cu încadrarea în zonă la .....**
10. **schiţe cu detalii de structură funcţională şi dotări specifice profilului de activitate la .....**
    (se vor preciza destinația încăperilor, suprafața lor, specialitățile medicale)
11. **Declarație privind dotarea cabinetului conform Ord. MS nr. 438/4629 din 2021 *(model anexat)* la …….**
12. **copie - Certificat de membru Colegiului medicilor + aviz anual pentru MEDIC la .....**
13. **copie - Certificat de membru Ordinul Asistenților + aviz anual pentru asistent medical la .....**
14. **contract deşeuri medicale la .....**
15. **copie autorizație sanitară de funcționare anterioară, dacă e cazul la .....**
16. **alte documente care să ateste îndeplinirea cerințelor legale incidente domeniului la …….**

DOCUMENTE solicitate de către personalul de specialitate în etapa de evaluare a obiectivului:

…… la ...…..
…… la ...…..
…… la ...…..

DOCUMENTE solicitate de către personalul de specialitate prin adresa nr……din …….

…… la ...…..
…… la ...…..
…… la ...…..

VERIFICAT
PERSONAL DE SPECIALITATE

MODEL

MEMORIU TEHNIC CABINET MEDICAL ŞCOLAR

1. **Denumirea completă a obiectivului:** ***Cabinet Medical Şcolar – Scoala Generală Nr....***
2. **Sediu: Timișoara, str. ....., nr.....**
3. **Numele persoanei fizice sau juridice deţinătoare: Primăria Timișoara**
4. **Adresa obiectiv: Timișoara, str. ....., nr.....**
5. **Profilul activităţii: cod CAEN 8621 -Activități de asistență medicală generală**
   cod CAEN 8623 -Activități de asistență medicală stomatologică
6. **Descriere clădire/ spațiu acces:**
   Cabinetul medical școlar este situat în incinta școlii/ grădiniței....nr.... la parter în corpul de clădire.....
7. **Circuitele funcționale (enumerare spații cu destinație și suprafețe) <u>conform Ordinului MS nr. 1338/2007 și ordin MS nr. 1456/2020</u>**

   Încăperi - destinația lor + suprafața (mp):

   Cabinet medical consultații cu suprafața de mp,
   Sală de tratament cu suprafața de mp,
   Izolator cu suprafața de mp,
   Sală de așteptare
   Grupuri sanitare: personal / pacienți
   Magazie/ depozit materiale / ustensile de curățenie
   Vestiar
   Birou
   Alte încăperi

8. **Dotarea cu mobilier, aparatură, instrumentar necesare activităţii conform Ord. M.S. nr. 438/4629 din 2021**
9. **Suprafețe: paviment, pereți, mobilier**
10. **Sterilizare-dezinfecție – pentru cabinete stomatologice**
11. **Mod de colectare, depozitare temporară și neutralizare a deșeurilor periculoase rezultate în urma activității medicale - Contract deșeuri medicale cu....**
12. **Modul de asigurare şi distribuţie a apei potabile, canalizare, iluminat, încălzire:**
13. **Numărul şi structura personalului:**

Data întocmirii: Nume reprezentant legal

Semnătura,

NOTĂ: **Memoriul tehnic depus va fi tehnoredactat, cu descrierea spațiilor și circuitelor funcționale conform legislației menționate mai sus și în concordanță cu schița cu detalii de structură funcțională.**

DECLARAŢIE

Subsemnatul (a), ……..…….……..

CNP....., în calitate de .....

al …….....…..……..……,

cu sediul în localitatea …… str…….....,

nr. …… Jud. …….. având codul fiscal …….....,

cunoscând faptul că falsul în declaraţii este pedepsit de legea penală, declar pe proprie răspundere că spaţiul pentru care se solicită autorizare este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu.

<u>Adresa:</u>

<u>Localitatea</u>……, Str. ……,

nr. ……,…….. Jud. TIMIȘ.

Data …….. Semnătura……..

Declarație pe proprie răspundere privind dotarea cabinetului în conformitate cu prevederile OMS nr. 153/2003 actualizat

Subsemnatul (a)_____

în calitate de reprezentant legal /administrator al cabinetului _____

_____,

situat în localitatea _____, jud. TIMIȘ,

str. _____, nr. _____

declar pe proprie răspundere că dețin dotarea minimă necesară funcționării cabinetului/cabinetelor în conformitate cu prevederile OMS nr. 153/2003 actualizat pentru următoarea specialitate/ următoarele specialități:

enumerare specialități medicale și dotare minimă

1.

2.

Semnătura

Data

I. **TARIFUL pentru Autorizaţie sanitară de funcţionare cu evaluare** este de **300 lei**

Plata se efectuează în <u>Contul Bugetului de stat</u>, deschis la Trezoreria Municipiului Timișoara - COD IBAN RO07TREZ62120160103XXXXX

și sunt necesare următoarele:
- datele de identificare ale plătitorului: denumire, cod fiscal, sediu, cod IBAN, banca; numele delegatului datele de identificare ale delegatului: C.I. serie și număr;
- numele și adresa cabinetului medical pentru care se solicita autorizare

TARIFUL suplimentar pentru rezolvarea în regim de URGENŢĂ este de *50 lei*

Plata se efectuează cu MINIM 48 ORE ÎNAINTE în <u>contul DSP Timiş</u>, deschis la Trezoreria Municipiului Timișoara - COD IBAN RO44TREZ62120E365000XXXX, COD FISCAL 11292024

și sunt necesare următoarele:

- datele de identificare ale plătitorului: denumire, cod fiscal, sediu, cod IBAN, banca; numele delegatului datele de identificare ale delegatului: C.I serie și număr;
- numele și adresa unității pentru care se solicită autorizare

---

II. Notă:

Cabinetele medicale inclusiv cabinetele conexe actului medical (fiziokinetoterapie, optică medicală, psihologie …) **se înregistrează în Registrul unic al cabinetelor medicale** în conformitate cu prevederile legale OUG nr. 124/1998 și OMS nr. 153/2003 actualizat, ordin OMS nr. 649/2019 actualizat

Cererea și **opisul** pentru *Certificat de înregistrare în Registrul unic* se regăsesc în secțiunea "Înregistrare cabinete medicale "

Documentațiile pentru autorizare sanitară și înregistrare în Registrul Unic se pot depune în aceeași zi, iar certificatul de înregistrare în Registrul unic se eliberează după emiterea autorizației sanitare de funcționare

Documentațiile se înregistrează la sediul DSPJ Timiș, str. Lenau nr. 10 astfel:

- Autorizația sanitară de funcționare la cam. 18 Compartiment Avize Autorizare
- Certificat de înregistrare Registrul Unic la cam. 17 Registratură

……

III. Completare documentaţie autorizaţie

Documentele solicitate de către personalul de specialitate se depun în completare de către petent la sediul DSPJ Timiş, str. Lenau, nr. 10, camera 18, însoţite de o adresă de înaintare în care se face referire la numărul iniţial primit la înregistrare.

Termenul de soluţionare decurge de la data depunerii documentaţiei complete și în termen de valabilitate de la data emiterii.