**A.Modelul de cerere pentru biolog, biochimist, chimist în sistemul sanitar**

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**

**Direcţia de Sănătate Publică TIMIS**

**Doamnă/Domnule Director,**

**Subsemnatul(a), ........................................., născut(ă) la data de ......................, CNP ..........................., cu domiciliul stabil în localitatea ......................., str. ....................... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/judeţul ...................., tel. …..………........................, absolvent(ă) al/a ......................................................................, cu diploma .............................. seria ........ nr. ..................., membru(ă) ................................,avândspecialitatea……………………………… ..................................., confirmat(ă) specialist/principal prin Ordinul ministrului sănătăţii nr…………………........../……............., angajat(ă)/pensionar(ă) la ................................... de la data de ................................................................................., vă rog a-mi emite autorizaţia de liberă practică în specialitatea .......................................... …………..................................**

**Anexez următoarele acte:**

**a)copie a documentelor de studii eliberate de o instituţie de învăţământ superior de profil biochimic, biologic sau chimic, recunoscută de lege;**

**b)cazierul judiciar sau o declaraţie pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;**

**c)certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru şi de medicina muncii, în original;**

**d)copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;**

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

**f)avizul emis de Ordinul Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor în sistemul sanitar din România.**

**Data ........................**

**Semnătura .............................**

**B.Modelul de cerere pentru optician-optometrist**

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**

**Direcţia de Sănătate Publică TIMIS**

**Doamnă/Domnule Director,**

**Subsemnatul(a), .................................., născut(ă) la data de ..........................., CNP ............................., cu domiciliul stabil în localitatea ......................., str. ....................... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/judeţul ...................., tel. ……..........................., absolvent(ă) al/a ......................................................................, cu diploma ..........................................................., având specialitatea ............................., Certificat de competenţă/Certificat de perfecţionare nr. ............/......., perioada ........................., cu un nr. total de ore de pregătire ......................, angajat(ă) la ......................................, vă rog a-mi emite autorizaţia de liberă practică în specialitatea ………………………………..................................**

**Anexez următoarele acte:**

**a)copii ale documentelor de studii de formare profesională, reprezentate de:**

**(i) diplomă/certificat de absolvire sau adeverinţă de absolvire a studiilor, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor, eliberate de o instituţie de învăţământ postliceal/superior acreditată care atestă formarea în profesia de optician-optometrist sau inginerie medicală, precum şi alte specialităţi cu studii de licenţă în optică-optometrie;**

**sau**

**(ii) certificat de calificare profesională, emis de o unitate de formare specifică acreditată, cu durată de minimum 2.200 de ore/nivel de calificare 5 sau 6, conform prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulţilor, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Hotărârii Guvernului nr. 918/2013 privind aprobarea Cadrului naţional al calificărilor, cu modificările şi completările ulterioare, pentru absolvenţi de învăţământ mediu, cu diplomă de bacalaureat, sau superior;**

**sau**

**(iii) certificat de perfecţionare/specializare de minimum 720 de ore/nivel de calificare 3, conform prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulţilor, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Hotărârii Guvernului nr. 918/2013 privind aprobarea Cadrului naţional al calificărilor, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cu experienţă în domeniu de minimum 7 ani, atestată prin adeverinţă de salariat;**

**b)cazierul judiciar sau o declaraţie pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;**

**c)certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru şi de medicina muncii, în original;**

**d)copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;**

**e)copie de pe dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate.**

**Data ........................**

**Semnătura .............................**

**C.Modelul de cerere pentru tehnician protezare şi ortezare**

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**

**Direcţia de Sănătate Publică TIMIS**

**Doamnă/Domnule Director,**

**Subsemnatul(a), ............................................, născut(ă) la data de ................, CNP .............................., cu domiciliul stabil în localitatea ........................, str. ........................ nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/judeţul ................., tel. …………........................, absolvent(ă) al/a ....................................................................., cu diploma ..........................................................., având specialitatea ....................................................................., Certificat de competenţă/Certificat de perfecţionare nr. ............/.........., perioada ........................, cu un nr. total de ore de pregătire ....................................................................., angajat(ă) la ....................................................................................., vă rog a-mi emite autorizaţia de liberă practică în specialitatea ...............................................................................................**

**Anexez următoarele acte:**

**a)copii ale documentelor de studii de formare profesională, reprezentate de:**

**(i) diplomă/certificat de absolvire sau adeverinţă de absolvire a studiilor, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor, eliberate de o instituţie de învăţământ mediu/postliceal/superior acreditată care atestă formarea în profesia de tehnician protezare şi ortezare/inginerie medicală, precum şi alte specialităţi cu studii de licenţă în protezare şi ortezare. În cazul studiilor medii este obligatorie diploma de bacalaureat;**

**sau**

**(ii) certificat de calificare profesională, emis de o unitate de formare specifică acreditată, cu durată de minimum 2.200 de ore/nivel de calificare 5 sau 6, conform prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulţilor, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Hotărârii Guvernului nr. 918/2013 privind aprobarea Cadrului naţional al calificărilor, cu modificările şi completările ulterioare, pentru absolvenţi de învăţământ mediu, cu diplomă de bacalaureat sau superior;**

**sau**

**(iii) certificat de perfecţionare/specializare de minimum 720 de ore/nivel de calificare 3, conform prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulţilor, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Hotărârii Guvernului nr. 918/2013 privind aprobarea Cadrului naţional al calificărilor, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cu experienţă în domeniu de minimum 7 ani, atestată prin adeverinţă de salariat;**

**b)cazierul judiciar sau o declaraţie pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;**

**c)certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru şi de medicina muncii, în original;**

**d)copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;**

**e)copie de pe dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate.**

**Data ........................**

**Semnătura .............................**

**D.1.Modelul de cerere pentru audiolog**

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**

**Direcţia de Sănătate Publică TIMIS**

**Doamnă/Domnule Director,**

**Subsemnatul(a), ..........................................., născut(ă) la data de ................, CNP ..............................., cu domiciliul stabil în localitatea ........................., str. ........................ nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/judeţul ................., tel. ………….........................., absolvent(ă) al/a ................................................, cu diploma ....................., având specialitatea .........................................................., Certificat de competenţă/Certificat de perfecţionare nr. ............/..........., perioada ............................, cu un nr. total de ore de pregătire ………………………................, angajat(ă) la ....................................................................................., vă rog a-mi emite autorizaţia de liberă practică în specialitatea .........................................................................................**

**Anexez următoarele acte:**

**a)document de studii superioare specifice de lungă durată (diplomă de absolvire/diplomă de licenţă/master) în domeniile:**

**(i) specializarea de audiologie şi protezare auditivă - în cadrul universităţilor de medicină (facultatea de medicină sau facultatea de bioinginerie) - 3 ani;**

**(ii) colegiul de audiologie şi protezare auditivă - în cadrul universităţilor de medicină - 3 ani;**

**b)cazierul judiciar sau o declaraţie pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;**

**c)certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru şi de medicina muncii, în original;**

**d)copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;**

**e)copie de pe dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate.**

**Data ........................**

**Semnătura .............................**

**D.2.Modelul de cerere pentru tehnician protezare auditivă/tehnician acustician-audioprotezist**

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**

**Direcţia de Sănătate Publică TIMIS**

**Doamnă/Domnule Director,**

**Subsemnatul(a), ..........................................., născut(ă) la data de ................, CNP ..............................., cu domiciliul stabil în localitatea ........................., str. ........................ nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/judeţul ................., tel. ........................, absolvent(ă) al/a ................................................, cu diploma ....................., având specialitatea .........................................................., Certificat de competenţă/Certificat de perfecţionare nr. ............/.............., perioada ............................, cu un nr. total de ore de pregătire …………….................., angajat(ă) la ....................................................................................., vă rog a-mi emite autorizaţia de liberă practică în specialitatea .........................................................................................**

**Anexez următoarele acte:**

**a)copii ale documentelor de studii de formare profesională, reprezentate de:**

**(i) diplomă/certificat de absolvire sau adeverinţă de absolvire a studiilor, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor, eliberate de o instituţie de învăţământ mediu/postliceal acreditată care atestă formarea în profesia de tehnician protezare auditivă şi tehnician acustician-audioprotezist/inginerie medicală, precum şi alte specialităţi cu studii de licenţă în protezare auditivă. În cazul studiilor medii este obligatorie diploma de bacalaureat;**

**sau**

**(ii) certificat de calificare profesională cu durată de minimum 2.200 de ore/nivel de calificare 5 sau 6, conform prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulţilor, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Hotărârii Guvernului nr. 918/2013 privind aprobarea Cadrului naţional al calificărilor, cu modificările şi completările ulterioare, pentru absolvenţi de învăţământ mediu, cu diplomă de bacalaureat, sau superior;**

**sau**

**(iii) certificat de perfecţionare/specializare de minimum 720 de ore/nivel de calificare 3, conform prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 129/2000 privind formarea profesională a adulţilor, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Hotărârii Guvernului nr. 918/2013 privind aprobarea Cadrului naţional al calificărilor, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cu experienţă în domeniu de minimum 7 ani, atestată prin adeverinţă de salariat;**

**b)cazierul judiciar sau o declaraţie pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;**

**c)certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru şi de medicina muncii, în original;**

**d)copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;**

**e)copie de pe dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate.**

**Data ........................**

**Semnătura .............................**

**D.3.Modelul de cerere pentru terapie vocală**

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**

**Direcţia de Sănătate Publică TIMIS**

**Doamnă/Domnule Director,**

**Subsemnatul(a), ..........................................., născut(ă) la data de ................, CNP ..............................., cu domiciliul stabil în localitatea ........................., str. ........................ nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/judeţul ................., tel. …………........................., absolvent(ă) al/a ..................................................................., cu diploma ..........................................................., având specialitatea ...................................................................., Certificat de competenţă/Certificat de perfecţionare nr. ............/..........., perioada ............................, cu un nr. total de ore de pregătire ……………………………………................., angajat(ă) la ..........................................................., vă rog a-mi emite autorizaţia de liberă practică în specialitatea .........................................................................................................................**

**Anexez următoarele acte:**

**a)copii ale documentelor de studii superioare de lungă durată (diplomă de absolvire/diplomă de licenţă) emise de:**

**(i) facultatea de psihopedagogie specială;**

**(ii) facultatea de medicină generală;**

**(iii) facultatea de muzică - secţia pedagogie muzicală, canto;**

**b)cazierul judiciar sau o declaraţie pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;**

**c)certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru şi de medicina muncii, în original;**

**d)copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;**

**e)copie de pe dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate.**

**Data ........................**

**Semnătura .............................**

**E.Modelul de cerere pentru fizician medical/sociolog medical**

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII**

**Direcţia de Sănătate Publică TIMIS**

**Doamnă/Domnule Director,**

**Subsemnatul(a), ............................................., născut(ă) la data de ..................., CNP .........................., cu domiciliul stabil în localitatea .........................., str. ..................................... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul/judeţul ..............., tel. ………………......................, absolvent(ă) al/a ............................................................................................, cu diploma ………………........................................................, având specialitatea ......................................., Certificat de competenţă/Certificat de perfecţionare nr. ............/.........., perioada ......................, cu un nr. total de ore de pregătire ............., angajat(ă) la ........................................., vă rog a-mi emite autorizaţia de liberă practică în specialitatea .................................................................**

**Anexez următoarele acte:**

**a)copii ale documentelor de studii eliberate de o instituţie de învăţământ superior acreditată care atestă formarea în profesia fizician (licenţă în fizică) sau sociolog (licenţă în sociologie), precum diplomă de licenţă sau adeverinţă de absolvire a studiilor universitare;**

**b)cazierul judiciar sau o declaraţie pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;**

**c)certificat de sănătate fizică şi psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru şi de medicina muncii, în original;**

**d)copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz;**

**e)copie de pe dovada de schimbare a numelui, în cazul în care numele înscris pe documentul de studii nu mai coincide cu cel din actul de identitate.**

**Data ........................**

**Semnătura .............................**