|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

*Anexa 3*

***Directia de Sanatate Publica Timis***

***Înregistrare Avize autorizare***

***Nr. .........../R din …...... /......... / 2021***

**Cerere autorizatie sanitara de functionare**

**pentru prestare servicii funerare**

CERERE

pentru obținerea autorizației sanitare de funcționare pentru prestarea de servicii funerare

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

pentru ......................................................... situate la adresa .......................................................................................................... având ca obiect de activitate ............................................................................. şi cod CAEN ..........................................

I. Activitatea desfăşurată constă în:

............................................................................................................................................................................................................

II. Anexez la cerere documentaţia\*) solicitată completă, şi anume:

a) copie a certificatului de înregistrare la registrul comerţului şi certificat constatator pentru punctele de lucru (după caz), actului constitutiv/statutului din care să reiasă codul CAEN;

b) memoriul tehnic privind spaţiile şi mijloacele de transport;

c) planul de situaţie cu încadrarea în zonă şi schiţele cu detalii de structură funcţională;

d) dovada privind deţinerea legală a spaţiului în care se prestează serviciile funerare;

e) acte doveditoare privind angajarea tanatopractorului/tanatopractorilor şi documente privind calificarea tanatopractorului/tanatopractorilor;

f) dovada deţinerii trusei/truselor de îmbălsămare;

g) fişele de aptitudine ale personalului care atestă efectuarea examenelor medicale la angajare şi/sau examenelor medicale periodice, conform Hotărârii Guvernului nr. 355/2007 privind supravegherea sănătăţii lucrătorilor, cu modificările şi completările ulterioare şi certificatele de sănătate mintală ale personalului care prestează îngrijiri medicale şi celui care transportă decedaţii;

h) autorizaţia de transport emisă în baza Legii serviciilor de transport public local nr. 92/2007, cu modificările şi completările ulterioare sau cartea de identitate a vehiculului cu următoarele înscrisuri specifice: categorie de folosinţă: autovehicul special; caroserie: SD funerar;

i) declaraţia pe propria răspundere că spaţiul pentru care se solicită autorizarea este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu;

j) dovada de achitare a tarifului de autorizare sanitară, respectiv chitanţa de plată a tarifului de autorizare nr. ............ din data de .................., în valoare de ........... lei;

k) alte documente care să ateste îndeplinirea cerinţelor legale, identificate de personalul specializat, prezentate în etapa de evaluare.

**Documentele specificate în cerere sunt obligatorii pentru înregistrarea documentaţiei, se vor depune în original sau în copie cu menţiunea ,,conform cu originalul", vor fi semnate de către solicitan, în dosar cu şină şi numerotate începând cu prima filă.**

**Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul şi îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susţinute în documentaţia depusă.**

**Pot fi informat / notificat pentru completari la e-mail: fax:**

**sau** **scrisoare recomandata la adresa:**

**Persoana de contact ……………………………………………. Telefon……………………………………**

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

**\*Menţionăm că, termenul de soluţionare decurge de la data depunerii documentaţiei. complete si in termen de valabilitate la data emiterii.**

COMPARTIMENT DE AVIZE ȘI AUTORIZARE

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

Verificat

solicitant.

OPIS

(pentru *autorizaţie sanitară cu evaluare* pentru prestarea de servicii funerare)

1. Cerere conform modelului prevăzut în HG nr. 741/2016, art. 46, lit. a); la ..............
2. dovada de achitare a tarifului de autorizare sanitară; extras de cont bancar 300 lei la ................
3. chitanţa de plată a taxei de urgenţă la ................
4. copie BI/CI reprezentant / împuternicit la ..............
5. împuternicire după caz la ..............
6. copie de pe certificatul de înregistrare a societăţii la registrul comerţului; la ..............
7. Certificat constator registrul comerţului pentru sediile lucrative la .........................
8. dovada deţinerii spaţiului în care se prestează serviciile funerare; la ..............
   1. contract spatiu in termen de valabilitate
   2. extras CF actualizat (nu mai vechi de 30 zile) la .......................
   3. declaraţia pe propria răspundere că spaţiul pentru care se solicită autorizarea este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu (model anexat) la ......................
9. memoriul tehnic cu detalii privind spaţiile şi mijloacele de transport; la ..............
10. dovada că operatorul economic care prestează servicii funerare are în dotare cel puţin o trusă de îmbălsămare conform prezentelor norme; la ..............
11. dovada că are angajat cel puţin un tanatopractor / autopsier cu diplomă obţinută conform prezentelor norme; la ..............
12. fişele de aptitudine ale întregului personal care lucrează în firma de servicii funerare care atestă efectuarea examenelor medicale la angajare şi/sau examenele medicale periodice, conform Hotărârii Guvernului nr. 355/2007 privind supravegherea sănătăţii lucrătorilor, cu modificările şi completările ulterioare. Suplimentar, persoanele care prestează efectiv îngrijiri mortuare, inclusiv cele care transportă decedaţii, vor prezenta şi un certificat de sănătate mintală; la ..............
13. autorizaţia emisă conform Legii nr. 92/2007, cu modificările şi completările ulterioare, pentru fiecare mijloc de transport; la ..............
14. 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 ...…..

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

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

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

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

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

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

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

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

VERIFICAT

PERSONAL DE SPECIALITATE

**DECLARAŢIE**

**Subsemnatul (a) ,……………………………………………………...………………….……..**

**CNP........................................................., în calitate de ........................................................**

**al ………......….…………………………………………………………………………..………………….,**

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

**nr……………. …………………………………… Jud. ……………….. având codul fiscal**

**……………………...................,**

c**unoscând 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.**

**Adresa:**

**Localitatea……………………………………………, Str. …………………………………………,**

**nr. ………,…………………………………………………………….. Jud. TIMIS .**

Data ………………………….. Semnătura………………………..

DECLARAŢIE pe proprie răspundere a tanatopractorului

Subsemnatul, ..........................................................., tanatopractor în baza Certificatului nr. .............., emis de Ministerul Sănătăţii, domiciliat în .................................., str. ..................................... nr. ......., bl. ......, sc. .........., et. ....., ap. .............., sectorul/judeţul ....................., posesor al CI/BI ............. seria ......... nr. ...................., eliberat(ă) de ................................................................. la data de ........................................................., CNP ..........................................., cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declaraţii, declar pe propria răspundere următoarele:

- voi folosi ca metodă de îmbălsămare/tanatopraxie .............................................................. şi tehnica ...................................................................................., care presupune injectarea în ...................................................................................................................................... şi în ............................................................................................ a următoarelor produse şi substanţe chimice: ..................................................................................................., în cantitatea de ....................................

- procedura de îmbălsămare/tanatopraxie nu va urmări conservarea definitivă a corpului defunctei (defunctului) şi se vor folosi numai produse biocide avizate de către Comisia Naţională pentru Produse Biocide.

Dau prezenta declaraţie, fiindu-mi necesară pentru ................................................................ .

Data ............... Declarant, ................................

(numele, prenumele şi semnătura)

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

**Plata se efectueaza in Contul Buget de stat** , **deschis la Trezoreria Municipiului Timisoara- COD IBAN R007TREZ62120160103XXXXX**

si sunt necesare urmatoarele:

-datele de identificare ale platitorului: denumire, cod fiscal, sediu, cod IBAN, banca; numele delegatului datele de identificare ale delegatului: C.I serie și număr;

-numele si adresa cabinetului medical pentru care se solicita autorizare

------------------------------------------------------------------------------------------

1. **Completare documentatie autorizatie**

Documentele solicitate de către personalul de specialitate se depun în completare de către petent la sediul DSP Timiş, str. Lenau, nr. 10, camera 16, 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 si in termen de valabilitate la data emiterii.

**Anexa nr. 2 la Regulament**

**Declaratie de consimtamant**

**cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal**

Ministerul Sănătății cu sediul in Bucuresti, Str. Cristian Popișteanu nr. 1-3 Sector 1 și Direcţia de Sănătate Publică Judeţeană Timiş, str. Lenau nr.10, Timișoara, operator de date cu caracter personal, prelucreaza datele cu caracter personal ale persoanelor vizate (nume, prenume, CNP, numar si serie carte identitate, adresa de domiciliu, conturi email, imagine, telefon, etc.) prin mijloace automatizate/ manuale in vederea scopului specificat in declaratie.

Datele furnizate sunt destinate utilizarii de catre operator, sunt comunicate persoanei vizate sau reprezentantului legal al persoanei vizate si nu vor fi transferate catre alte entitati, cu exceptia autoritatilor competente de cercetare a unor fapte penale, la solicitarea acestora.

Astfel, in vederea unei prelucrari echitabile şi transparente si pentru garantarea demnității umane, a intereselor legitime și a drepturilor fundamentale ale persoanelor vizate operatorul pune la dispozitie persoanei vizate urmatoarele informatii, conform Regulamentului UE nr. 679 din 27.04.2016:

- dreptul de a cunoaste perioada pentru care vor fi stocate datele cu caracter personal conform prevederilor legale, destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor, datele de contact ale responsabilului cu protecţia datelor;

- dreptul de a solicita accesul la acestea printr-o cerere scrisă, semnată şi datată, de rectificare, blocare, restricţionare sau ştergere a acestora (dreptul de a fi uitat), precum si a dreptului de a se opune prelucrării;

- dreptul de a retrage consimţământul în orice moment, fără a afecta legalitatea prelucrării efectuate pe baza consimţământului înainte de retragerea acestuia;

- dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale;

- dreptul de a depune o plângere în faţa autorităţi de supraveghere

Subsemnatul,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, având datele de identificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , declar pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea şi prelucrarea datelor mele personale în scopul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iar aceste date corespund realităţii.

În acest sens, sunt de acord cu depunerea de copii ale următoarelor documente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ele fiind necesare în scopul anterior menționat.

Am luat la cunoștință faptul că refuzul meu determină refuzul operatorului/furnizorului de a incheia orice contract cu persoana mea sau de a-mi elibera documentele solicitate şi, în consecinţă, de a nu-mi furniza serviciile dorite.

Am luat la cunoştinţă că datele vor fi tratate confidenţial, în conformitate cu prevederile Regulamentului general privind protecția datelor (RGPD) nr. 679 din 27.04.2016,

privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date cu modificările si completările ulterioare.

Data Semnatura

------------------------------------------- --------------------------------------------