

Catre Directia de Sanatate Publica Timis

Doamna Director Executiv,

Subsemnatul....., reprezentant legal al

..... cu sediul in localitatea

Str. nr., bl. solicit **viza anuala** pentru a autorizarea cu nr. din .../...../ pentru examinarea ambulatorie a candidaților la obținerea permisului de conducere și a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie, în conformitate cu ordinul MS nr. 1159 din 2010 pentru următoarele specialități:

- Medicină internă da / nu
- Oftalmologie da / nu
- ORL da / nu
- Neurologie da / nu
- Psihiatrie da / nu
- Ortopedie-traumatologie da / nu
- Pneumologie da/nu

Anexez in copie (conform cu originalul) următoarele documente:

- a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale (pentru furnizorii organizați conform [Ordonanței Guvernului nr. 124/1998](#)) sau, după caz, actul de înființare sau organizare conform legislației în vigoare;
- b) autorizația sanitară de funcționare /raport sau proces-verbal de constatare a condițiilor igienico-sanitare, după caz;
- c) dovada deținerii unui spațiu de care dispune în mod legal;
- d) dovada achitării contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (atestat fiscal)
- e) dovada deținerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical (pentru unitatea sanitară) ;
- f) dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialitățile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare (medici specialist si asistenti medicali)
- g) dovada că medicii au drept de liberă practică/certificat de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare;
 - tabel cu medici angajati / specialitate / parafa / specimen semnatura
 - certificat membru Colegiul Medicilor / aviz anual
 - asigurare malpraxis
- h) pentru asistenții medicali, autorizație de liberă practică/certificat de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare;
 - tabel cu asistentii medicali angajati
 - certificat membru OAMMR /aviz anual
 - asigurare malpraxis
- i) dovada deținerii în proprietate a aparaturii din dotare;
- j) documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreținerea și verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.
- k) **autorizatia unitatii medicale nr. din in original**

Documentele in copie vor avea mentiunea conform cu originalul, stampila unitatii si semnatura reprezentant legal

Datele de contact ale unitatii medicale sunt:

Adresa : Localitatea....., Str.nr.....

Telefon pentru solicitanti....., e-mail.....

Fax.....

Persoana de contact, Telefon de contact.....

Ma oblig, in scris sa comunic Directiei de Sanatate Publica Timisin termen de 5 zile lucratoare , orice modificare a conditiilor initiale in baza carora unitatea a fost autorizata.

Nume prenume reprezentant legal

Data

Semnatura reprezentat legal / stampila unitatii

Nota documentatia pentru viza anuala se depune cu cel putin 30 zile anterioare termenului de expirare a vizei

DECLARATIE

Subsemnatul....., reprezentant

legal al,

declar pe proprie raspundere , ca voi comunica in scris Direcției de Sănătate Publică a judetului Timis care a emis autorizarea pentru examinarea ambulatorie a candidaților la obținerea permisului de conducere și a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie, în termen de 5 zile lucrătoare, orice modificare a condițiilor inițiale în baza cărora am fost autorizati in conformitate cu art. 6 alin 2 din ordinul Ministerului Sanatatii nr. 1.159 din 31 august 2010 privind aprobarea Listei unităților de asistență medicală autorizate pentru examinarea ambulatorie a candidaților la obținerea permisului de conducere și a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie.

Reprezentant legal

.....

Data

...../...../

Declarație de consimțământ cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal

Direcția de Sănătate Publică Județeană Timiș, 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 și 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 protecția datelor;

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

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

-dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale;

-dreptul de a depune o plângere în fața autorității de supraveghere

Subsemnata/ul _____având datele de identificare:

CI/BI/P seria _____ nr. _____ eliberat de _____ la data de

_____, declar pe propria răspundere că îmi dau acordul cu privire la utilizarea și prelucrarea datelor mele personale în scopul obtinerii vizei [autorizatiei unitatii de asistenta medicala pentru examinare ambulatorie a candidatilor la obtinerea permisului de conducere](#), iar aceste date corespund realității.

În acest sens, sunt de acord cu depunerea de copii ale documentelor prevazute in cerere, ele 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 și, în consecință, de a nu-mi furniza serviciile dorite.

Am luat la cunoștință că datele vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Regulamentului general privind protecția datelor (RGPD) nr. 679 din 27.04.2016, privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date cu modificările si completările ulterioare.

Data

Semnatura
