Către Direcţia de Sănătate Publică a JUDEȚULUI CONSTANȚA

Doamnă / Domnule Director,

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , reprezentant legal al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cu sediul social în localitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ strada : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nr.\_\_\_ cu punctul de lucru în CONSTANȚA, strada : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nr.\_\_\_

solicit autorizarea pentru examinarea ambulatorie a candidaților la obținerea / preschimbarea permisului de conducere şi a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie, în conformitate cu Ordinul M.S. nr. 1159 din 2010 pentru următoarele specialități:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **DA** |  | **NU** |
| 1. | Medicină internă |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2. | Oftalmologie |  |  |  |
|  |  |  |
| 3. | ORL |  |  |  |
|  |
| 4. | Neurologie |  |  |  |
|  |
| 5. | Psihiatrie |  |  |  |
|  |
| 6. | Ortopedie-traumatologie  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. | Pneumologie  |  |  |  |

Anexez în copie (conform cu originalul) următoarele documente:

a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, pentru furnizorii organizaţi conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, indiferent de forma lor de înfiinţare şi organizare sau, după caz, actul de înfiinţare sau organizare conform legislaţiei în vigoare;

 b) autorizaţia sanitară de funcţionare, conform legii/raport sau proces-verbal de constatare a condiţiilor igienico-sanitare, după caz;

 c) dovada deţinerii unui spaţiu de care dispune în mod legal;

 d) dovada achitării contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

 e) dovada deţinerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;

**#M2**

 *f) dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialităţile medicale pentru care solicită autorizarea, în baza unui contract individual de muncă/contract de prestări servicii;*

**#B**

 g) dovada că medicii au drept de liberă practică/certificat de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare;

 h) pentru asistenţii medicali, autorizaţie de liberă practică/certificat de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare;

 i) dovada că fiecare angajat medico-sanitar deţine asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

 j) dovada deţinerii în proprietate a aparaturii din dotare;

 k) documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreţinerea şi verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.

**Datele de contact ale unității medicale** sunt: Adresa : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Telefon/fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,** e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consimțământ prelucrare date cu caracter personal**

Prin semnarea prezentei îmi asum răspunderea asupra corectitudinii, exactității și veridicității datelor înscrise în prezenta cerere și îmi exprim acordul ca DSP Constanta să-mi utilizeze datele cu caracter personal pentru prelucrarea automată și manuală, stocare, arhivare și transmitere la Ministerul sănătății

De asemenea, am luat la cunoștință despre drepturile privind datele cu caracter personal prevăzute în Legea nr.190/2018 și Regulamentul UE nr.679/2016.

**Data** **Semnătura şi ștampila**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_