**Direcţia de Sănătate Publică Brăila**

**CERERE**

**eliberare Autorizație Liberă Practică pentru audiolog**

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,