**Direcţia de Sănătate Publică Brăila**

**CERERE**

**eliberare Autorizație Liberă Practică pentru terapie vocala**

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,