Către Direcția 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ solicit autorizarea pentru ATESTAREA STĂRII DE SĂNATATE ÎN VEDEREA PROCURĂRII , DEȚINERII , PORTULUI ȘI FOLOSIREA ARMELOR ȘI MUNIȚIILOR LETALE ȘI NELETALE SUPUSE AUTORIZĂRII, în conformitate cu Ordinul M.S. nr. 1945 din 09.06.2023 pentru următoarele specialități:

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

Anexez în copie (conform cu originalul) următoarele documente:

1. copia documentului de deţinere legală a spaţiului;
2. dovada deţinerii de către unitatea sanitară a asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;
3. copii de pe contractele individuale de muncă sau, după caz, după contractele de prestări servicii, încheiate între unitatea sanitară şi personalul medico-sanitar, pentru specialităţile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare;
4. dovada dreptului de liberă practică emisă de organizaţia profesională pentru fiecare angajat medico-sanitar din cadrul cabinetului/cabinetelor pentru care se solicită autorizarea;
5. copia Autorizatiei sanitare de functionare
6. copia Certificatului de inregistrare in Registrul unic al cabinetelor medicale
7. dovada garanţiei, întreţinerii şi verificării tehnice periodice, după caz, a aparaturii cabinetului/cabinetelor

**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**

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