



Nr...../.....

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a),, născut(ă) la data de, CNP, cu domiciliul stabil în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul, tel., absolvent(ă) al/a, cu diploma, având specialitatea, Certificat de competență/Certificat de perfecționare nr. /, perioada, cu un nr. total de ore de pregătire, angajat(ă) la, vă rog a-mi emite autorizația de liberă practică în specialitatea

Anexez următoarele acte:

a) copii ale documentelor de studii de formare profesională reprezentate de:

(i) diplomă de licență eliberată de o instituție de învățământ superior acreditată prin care se atestă formarea în profesia de optician-optometrist sau inginerie medicală/certificat de absolvire eliberat de o instituție de învățământ postliceal acreditată prin care se atestă formarea în profesia de optician-optometrist/certificat de atestare a competențelor profesionale emis în urma frecventării programelor postuniversitare de formare și dezvoltare profesională în optică-optometrie sau adeverință de absolvire a studiilor universitare/postliceale, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor;

sau

(ii) certificat de calificare profesională cu durată de minimum 1.440 de ore/nivel de calificare minimum 5, emis conform prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 129/2000](#) privind formarea profesională a adulților, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ale [Hotărârii Guvernului nr. 918/2013](#) privind aprobarea Cadrelor naționale al calificărilor, cu modificările și completările ulterioare, și ale [Hotărârii Guvernului nr. 772/2022](#) privind aprobarea Metodologiei de acordare a creditelor transferabile pentru formarea profesională a adulților, precum și pentru abrogarea [Hotărârii Guvernului nr. 844/2002](#) privind aprobarea nomenclatoarelor calificărilor profesionale pentru care se asigură pregătirea prin învățământul preuniversitar, precum și durata de școlarizare, pentru absolvenți de învățământ mediu, cu diplomă de bacalaureat, sau superior;

sau

(iii) certificat de absolvire a unui program de formare profesională de minimum 500 de ore, conform prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 129/2000](#) privind formarea profesională a adulților, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cu experiență în domeniu de minimum 3 ani, atestată prin adeverință de salariat;

sau

(iv) diplomă de master eliberată de o instituție de învățământ superior acreditată prin care se atestă formarea în profesia de optician-optometrist sau adeverință de absolvire a studiilor de master, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor;

b) cazierul judiciar sau o declarație pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI MARAMUREȘ

430076, Baia Mare, str. Victoriei, nr. 132, România

Tel:(004) 0262/276501, Fax:(004) 0262/276002; E-mail:dspj.maramures@dspmm.ro

- c) certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și a medicului 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



Nr...../.....

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a),, născut(ă) la data de, CNP, cu domiciliul stabil în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul, tel., absolvent(ă) al/a, cu diploma, având specialitatea, Certificat de competență/Certificat de perfecționare nr. /, perioada, cu un nr. total de ore de pregătire, angajat(ă) la, vă rog a-mi emite autorizația de liberă practică în specialitatea

Anexez următoarele acte:

a) copii ale documentelor de studii de formare profesională, reprezentate de:

(i) diplomă de licență eliberată de o instituție de învățământ superior acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare-ortezare sau inginerie medicală/certificat de absolvire eliberat de o instituție de învățământ postliceal acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare-ortezare/diplomă de absolvire a studiilor medii eliberată de o instituție de învățământ mediu acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare-ortezare/certificat de atestare a competențelor profesionale emis în urma frecventării programelor postuniversitare de formare și dezvoltare profesională în protezare-ortezare sau adeverință de absolvire a studiilor universitare/postliceale, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor;

sau

(ii) certificat de calificare profesională cu durată de minimum 1.440 de ore/nivel de calificare minimum 5, emis conform prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 129/2000](#) privind formarea profesională a adulților, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ale [Hotărârii Guvernului nr. 918/2013](#) privind aprobarea Cadrelor naționale al calificărilor, cu modificările și completările ulterioare, și ale [Hotărârii Guvernului nr. 772/2022](#) privind aprobarea Metodologiei de acordare a creditelor transferabile pentru formarea profesională a adulților, precum și pentru abrogarea [Hotărârii Guvernului nr. 844/2002](#) privind aprobarea nomenclatoarelor calificărilor profesionale pentru care se asigură pregătirea prin învățământul preuniversitar, precum și durata de școlarizare, pentru absolvenți de învățământ mediu, cu diplomă de bacalaureat, sau superior;

sau

(iii) certificat de absolvire a unui program de formare profesională de minimum 500 de ore, conform prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 129/2000](#) privind formarea profesională a adulților, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cu experiență în domeniu de minimum 3 ani, atestată prin adeverință de salariat;

sau



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI MARAMUREȘ
430076, Baia Mare, str. Victoriei, nr. 132, România

Tel:(004) 0262/276501, Fax:(004) 0262/276002; E-mail:dspj.maramures@dspmm.ro

(iv) diplomă de master eliberată de o instituție de învățământ superior acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare-ortezare sau adeverință de absolvire a studiilor de master, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor;

b) cazierul judiciar sau o declarație pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;

c) certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și a medicului 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



Nr...../.....

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a),, născut(ă) la data de,
CNP....., cu domiciliul stabil în localitatea, str.
..... nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul,
tel., absolvent(ă) al/a, cu diploma,
având specialitatea, Certificat de competență
/Certificat de perfecționare nr. /, perioada, cu un nr.
total de ore de pregătire, angajat(ă) la, vă rog a-mi emite
autorizația de liberă practică în specialitatea

Anexez următoarele acte:

a) document de studii superioare specifice de lungă durată (diplomă de
absolvire/diplomă de licență/master) în domeniile:

(i) specializarea de audiologie și protezare auditivă - în cadrul universităților de
medicină (facultatea de medicină sau facultatea de bioinginerie) - 3 ani;

(ii) colegiul de audiologie și protezare auditivă - în cadrul universităților de medicină
- 3 ani;

b) cazierul judiciar sau o declarație pe propria răspundere că nu există antecedente
penale incompatibile cu profesia exercitată;

c) certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza
medicului psihiatru și 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

Semnatura



Nr...../.....

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a),, născut(ă) la data de, CNP, cu domiciliul stabil în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul, tel....., absolvent(ă) al/a, cu diploma, având specialitatea, Certificat de competență/Certificat de perfecționare nr./....., perioada, cu un nr. total de ore de pregătire, angajat(ă) la, vă rog a-mi emite autorizația de liberă practică în specialitatea

Anexez următoarele acte:

a) copii ale documentelor de studii de formare profesională, reprezentate de:

(i) diplomă de licență eliberată de o instituție de învățământ superior acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare auditivă, tehnician acustician-audioprotezist sau inginerie medicală/certificat de absolvire eliberat de o instituție de învățământ postliceal acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare auditivă, tehnician acustician-audioprotezist/certificat de atestare a competențelor profesionale emis în urma frecventării programelor postuniversitare de formare și dezvoltare profesională în profesia de tehnician protezare auditivă, tehnician acustician-audioprotezist/diplomă de absolvire a studiilor medii eliberată de o instituție de învățământ mediu acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare auditivă, tehnician acustician-audioprotezist sau adeverință de absolvire a studiilor universitare/postliceale, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor;

sau

(ii) certificat de calificare profesională cu durată de minimum 1.440 de ore/nivel de calificare minimum 5, conform prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 129/2000](#) privind formarea profesională a adulților, republicată, cu modificările și completările ulterioare, ale [Hotărârii Guvernului nr. 918/2013](#) privind aprobarea Cadrului național al calificărilor, cu modificările și completările ulterioare, pentru absolvenți de învățământ mediu, cu diplomă de bacalaureat, sau superior și ale [Hotărârii Guvernului nr. 772/2022](#) privind aprobarea Metodologiei de acordare a creditelor transferabile pentru formarea profesională a adulților, precum și pentru abrogarea [Hotărârii Guvernului nr. 844/2002](#) privind aprobarea nomenclatoarelor calificărilor profesionale pentru care se asigură pregătirea prin învățământul preuniversitar, precum și durata de școlarizare, pentru absolvenți de învățământ mediu, cu diplomă de bacalaureat, sau superior;

sau

(iii) certificat de absolvire a unui program de formare profesională de minimum 500 de ore, conform prevederilor [Ordonanței Guvernului nr. 129/2000](#) privind formarea profesională a adulților, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cu experiență în domeniu de minimum 3 ani, atestată prin adeverință de salariat;

sau



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI MARAMUREȘ
430076, Baia Mare, str. Victoriei, nr. 132, România

Tel:(004) 0262/276501, Fax:(004) 0262/276002; E-mail:dspj.maramures@dspmm.ro

(iv) diplomă de master eliberată de o instituție de învățământ superior acreditată prin care se atestă formarea în profesia de tehnician protezare auditivă sau adeverință de absolvire a studiilor de master, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor;

b) cazierul judiciar sau o declarație pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;

c) certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și a medicului 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

Semnatura



Nr...../.....

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a),, născut(ă) la data de, CNP, cu domiciliul stabil în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul, tel., absolvent(ă) al/a, cu diploma, având specialitatea, Certificat de competență/Certificat de perfecționare nr. /, perioada, cu un nr. total de ore de pregătire, angajat(ă) la, vă rog a-mi emite autorizația de liberă practică în specialitatea

Anexez următoarele acte:

a) copii ale documentelor de studii superioare de lungă durată (diplomă de absolvire/diplomă de licență) emise de:

- (i) facultatea de psihopedagogie specială;
- (ii) facultatea de medicină generală;
- (iii) facultatea de muzică - secția pedagogie muzicală, canto;

b) cazierul judiciar sau o declarație pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;

c) certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și 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

Semnatura



Nr...../.....

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul(a),, născut(ă) la data de, CNP, cu domiciliul stabil în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul, tel., absolvent(ă) al/a, cu diploma, având specialitatea, Certificat de competență/Certificat de perfecționare nr. /, perioada, cu un nr. total de ore de pregătire, angajat(ă) la, vă rog a-mi emite autorizația de liberă practică în specialitatea

Anexez următoarele acte:

- a) copii ale documentelor de studii eliberate de o instituție de învățământ superior acreditată care atestă formarea în profesia fizician (licență în fizică) sau sociolog (licență în sociologie), precum diplomă de licență sau adeverință de absolvire a studiilor universitare;
- b) cazierul judiciar sau o declarație pe propria răspundere că nu există antecedente penale incompatibile cu profesia exercitată;
- c) certificat de sănătate fizică și psihică tip A5, valabil 3 luni, care să includă viza medicului psihiatru și 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

Semnatura