



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;

Nr...../...../202...

**CERERE pentru eliberarea Autorizației de Libera Practică
TEHNICIAN PROTEZARE AUDITIVĂ ȘI TEHNICIAN ACUSTICIAN-AUDIOPROTEZIST**

Doamnă 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 număr total de ore de pregătire de, 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, 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 Cadrului național 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 protezare auditivă sau adeverință de absolvire a studiilor de master, valabilă 12 luni de la promovarea examenului de finalizare a studiilor;

#M2

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.

* *Menționăm că, termenul de soluționare a cererii decurge de la data depunerii complete a documentației.*

* *Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.*

Data

Semnătura



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;



ACORD
PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Subsemnatul, CI seria.....nr
..... îmi exprim în mod expres acordul privind prelucrarea datelor mele cu caracter personal, furnizate către **DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ MARAMUREȘ**, care are calitatea de operator, cu privire la următoarele categorii de date cu caracter personal: numele, prenumele, seria și numărul CI, numărul de telefon, email, adresa, precum și CNP-ul.

Am fost informat că prelucrarea datelor cu caracter personal de către operator, în calitate de autoritate publică, se efectuează din motive de interes public, în vederea realizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituțional sau de dreptul internațional public.

Operatorul datelor cu caracter personal **DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ MARAMUREȘ** este o instituție publică cu personalitate juridică care își desfășoară activitatea pe teritoriul **MARAMUREȘ** în scopul realizării politicilor și programelor naționale de sănătate publică, a activității de medicină preventivă și a inspecției sanitare de stat, a monitorizării stării de sănătate și a organizării statisticii de sănătate, precum și a planificării și derulării investițiilor finanțate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate, cu sediul social la adresa: **Baia Mare, str. Victoriei nr 132, România,**
email: dspj.maramures@dspmm.ro.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că operatorul și entitățile împuternicite de operator pentru prelucrarea datelor au stabilit măsuri privind securitatea datelor tehnice și proceduri de management intern, precum și măsuri de protecție fizică a datelor pe care le stochează, conform standardelor acceptate în domeniu, pentru a proteja și pentru a asigura confidențialitatea, integritatea și accesibilitatea datelor mele cu caracter personal prelucrate. Măsurile instituite au ca scop prevenirea utilizării sau accesului neautorizat la datele mele cu caracter personal sau prevenirea încălcării securității datelor mele cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, instrucțiunile, politicile și legislația aplicabilă datelor cu caracter personal.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că, datele mele cu caracter personal pot fi puse la dispoziția următoarelor categorii de destinatari: angajații sau reprezentanții autorizați ai operatorului și persoanelor împuternicite către care operatorul a externalizat furnizarea anumitor servicii și partenerilor acreditați, autorităților publice, cu respectarea prevederilor Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679 și legislației naționale.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că datele mele cu caracter personal sunt prelucrate pe tot parcursul relației cu operatorul, în vederea realizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituțional sau de dreptul internațional public, sau a acordului exprimat, și, după finalizarea acesteia, cel puțin pe perioada impusă de prevederile legale aplicabile în domeniu, inclusiv, dar fără limitare, dispozițiile legale privind arhivarea.

Declar că acordul este exprimat voluntar și că am luat la cunoștință de faptul că prelucrarea datelor mele cu caracter personal se realizează doar pentru îndeplinirea scopurilor pentru care au fost colectate.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, beneficiaz de următoarele drepturi: dreptul la informare, dreptul de acces la date, dreptul la rectificare, dreptul la stergerea datelor ("dreptul de a fi uitat"), dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul de opoziție, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de a depune plângere, dreptul de a retrage consimțământul, precum și dreptul de a depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că îmi pot exercita drepturile descrise anterior, conform prevederilor legale, fie în mod individual, fie cumulat, prin simpla transmitere a unei solicitări către operatorul de date, prin intermediul serviciului de poștă electronică, la adresa sau la adresa de corespondență.....

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că am dreptul de a înainta o plângere către Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal, cu următoarele date de contact: B-dul G-ral. Gheorghe Magheru 28-30 Sector 1, cod poștal 010336 București, România, email: anspdc@dataprotection.ro, tel. +40.318.059.211 ; +40.318 059.212, fax: +40.318.059.602.

Data

Semnătura