



DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI GALAȚI  
Str. Brăilei, nr.177, Cod Poștal: 800578, Galați, România  
Tel: 0236463704; Fax: 0236464060; E-mail: [dspgl@dsp-galati.ro](mailto:dspgl@dsp-galati.ro)  
Operator de date cu caracter personal 19481/2011  
Compartimentul de Avize și Autorizare; E-mail: [avize@dsp-galati](mailto:avize@dsp-galati)

## CERERE

Subsemnatul(a) ....., reprezentant legal al .....  
cu sediul în localitatea ..... str. .... nr. ...., bl. .... ap. ....  
telefon ..... fax ....., e-mail .....

solicit **vizarea autorizației pentru examinarea ambulatorie a candidaților la obținerea permisului de conducere și a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie, nr..... din data .....**,  
în conformitate cu ordinul MS nr. 1159 din 2010 pentru următoarele specialități:

1. Medicină internă da/nu
2. Oftalmologie da / nu
3. ORL da / nu
4. Neurologie da / nu
5. Psihiatrie da / nu
6. Ortopedie-traumatologie da / nu

Anexez în copie următoarele documente:

- a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale, după caz;
- b) autorizația sanitară de funcționare, după caz;
- c) dovada deținerii unui spațiu de care dispune în mod legal, după caz;
- d) dovada achitării contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (adeverința eliberată de către CJAS Galați sau atestat fiscal în cazul unităților cu personalitate juridică);
- e) dovada deținerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;
- f) dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialitățile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare;
- g) dovada că medicii au drept de liberă practică/certificat de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare;
- h) pentru asistenții medicali certificat de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare;
- i) dovada că fiecare angajat medico-sanitar deține asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;
- j) dovada deținerii în proprietate a aparaturii din dotare;
- k) documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreținerea și verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.

*Îmi exprim în mod expres consimțământul ca D.S.P. Galați, prin Compartimentul Avize și Autorizații, să prelucreze datele mele cu caracter personal care sunt oferite de către mine, în vederea emiterii avizului sanitar/autorizației sanitare, precum și să colecteze și să prelucreze aceste date pe durata valabilității avizului sanitar/autorizației sanitare, instituția având obligația să asigure limitarea accesului persoanelor neautorizate la aceste informații, în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului.*

Data

Semnătura reprezentat legal/  
stampila unității