Doamnă/ Domnule Director,

Subsemnatul(a): născut(ă) la data de

CNP cu domiciliul stabil în

strada nr.  bl. sc. ap

sector/județ nr. telefon

e-mail: ;

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 să-mi emiteți avizul anual al Autorizației de Liberă Practică nr. în specialitatea:

    Anexez următoarele acte:

   - autorizaţia de liberă practică, în original;

   - fişa de aptitudine emisă de medicul de medicina muncii, în original, pentru confirmarea aptitudinii în exercitarea profesiei;

 - copia actului de identitate sau a oricărui alt document care atestă identitatea, potrivit legii, după caz, a titularului autorizaţiei de liberă practică.

Data Semnătura