Nr. înregistrare…………………

Către Direcţia de Sănătate Publică a Municipiului Bucureşti

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul ……………………………………………………………….., reprezentant legal al …………………..

……………………………………………cu sediul social în localitatea ....................... str………………….nr.….., bl.…,sc…..,ap……sector……/cu punctele de lucru in Bucureşti, Str………………..………..nr…. bl. …… sc….., ap………. sector …../Str……………………………………………………………………………………………....

solicit autorizarea pentru examinarea ambulatorie a candidaţilor la obţinerea permisului de conducere şi a conducătorilor de autovehicule sau tramvaie, în conformitate cu Ordinul M.S. nr. 1159 din 2010 pentru următoarele specialităţi:

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. | Pneumologie\* |  |  |  |

\*) Controlul pneumologic pentru identificarea riscului de apnee în somn se realizează doar pentru solicitanţii de permise pentru grupa II.

Anexez în copie (conform cu originalul) următoarele documente:

 a) certificatul de înregistrare în Registrul unic al cabinetelor medicale (pentru furnizorii organizaţi conform <LLNK 11998 124131 301 0 34>Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998) sau, după caz, actul de înfiinţare sau organizare conform legislaţiei în vigoare;

 b) autorizaţia sanitară de funcţionare /înregistrarea in Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, după caz;

 c) dovada deţinerii unui spaţiu de care dispune în mod legal;

 d) dovada achitării contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

 e) dovada deţinerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;

 f) dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialităţile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor legale în vigoare;

 g) Tabel cu medicii angajaţi în cadrul societăţii, specialitatea medicilor; codul de parafă, dovadă că au drept de liberă practică, certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare ; asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical.

 h) Tabel cu asistenţii medicali încadraţi în cadrul societăţii, autorizaţia de liberă practică/certificat de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare ; asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

 i) dovada deţinerii în proprietate a aparaturii din dotare;

 j) documente care dovedesc verificarea metrologică, service-ul, întreţinerea şi verificarea tehnică periodică a aparaturii din dotare.

 k) ultimul certificat fiscal **în original** din care să reiasă că nu aveţi datorii către stat.

 Menţionăm, ca toate documentele depuse la dosar să poarte ştampila unităţii medicale, semnătura şi sintagma „conform cu originalul”.

**Datele de contact ale unităţii medicale** sunt: Adresa : **Localitatea**……………………**Str.**……………………………………nr…….Bl..………Ap………………………………………Sector…………..**Telefon/fax**……………………………………….e-mail…………………………

\* Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul şi îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susţinute în documentaţia depusă.

Dosarul cuprinde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pagini, din care Certificatul de avizare a cab de la Colegiul Medicilor, in original.

**Menţionăm că, termenul de soluţionare a cererii decurge de la data depunerii complete a documentaţiei.**

**Data** **Semnătura şi ştampila**

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

*\*Cerere autorizare unitate de asistenţă medicală pentru examinare ambulatorie a candidaţilor la obţinerea permisului de conducere conform Ord. M.S. nr. 1159/31.08.2010 modificat cu Ord. M.S. nr. 191/28.01.2022.*



**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 DIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI, care are calitatea de operator, cu privire la următoarele categorii de date cu caracter personal: numele, prenumele, seria și numarul CI, numărul de telefon, email, adresa, precum şi 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 vederearealizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituţional sau de dreptul internaţional public.

Operatorul datelor cu caracter personalDIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI este o instituţie publică cu personalitate juridica care îşi desfăşoară activitatea pe teritoriul Municipiului Bucureşti în scopul realizării politicilor şi programelor naţionale de sănătate publică, a activităţii de medicina preventivă şi a inspecţiei sanitare de stat, a monitorizării stării de sănătate şi a organizării statisticii de sănătate, precum şi a planificării şi derulării investiţiilor finanţate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate, cu sediul social la adresa: str. Avrig nr.72-74, sector 2, București, email: dspb@dspb.ro

 Confirm că am luat la cunoştinţă 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 legislaţia aplicabilă datelor cu caracter personal.

 Confirm că am luat la cunoştinţă 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 şi partenerilor acreditaţi, autorităților publice, cu respectarea prevederilor prevederilor Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679 şi legislaţiei naţionale.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că datele mele cu caracter personal sunt prelucrate pe tot parcursul relaţiei cu operatorul, în vederearealizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituţional sau de dreptul internaţional public, sau a acordului exprimat, şi, după finalizarea acesteia, cel putin pe perioada impusă de prevederile legale aplicabile în domeniu, inclusiv, dar fără limitare, dispoziţiile legale privind arhivarea.

 Declar că acordul este exprimat voluntar şi că am luat la cunoştinţă 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 cunoştinţă de faptul că, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, beneficiez 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 restricţionarea prelucrării, dreptul de opoziţie, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de a depune plângere, dreptul de a retrage consimţămantul, precum și dreptul de a depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere.

 Confirm că am luat la cunoştinţă 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 dspb@dspb.ro sau la adresa de corespondenţă str. Avrig nr.72-74, sector 2, București.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că am dreptul de a înainta o plângere către Autoritatea Naţională 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 Bucureşti, România, email: anspdcp@dataprotection.ro, tel. +40.318.059.211 ; +40.318.059.212, fax: +40.318.059.602.

 Data Semnătura

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