

**Către Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București**

**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. ...., 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 a-mi emite autorizația  
de liberă practică în specialitatea .....

**Anexez alăturat:**

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;

(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 Cadrelui 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;

(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.

**Copiile de pe actele prevăzute la lit. a), d) și e) se prezintă însoțite de documentele originale.**

**Data:**

**Semnătura:**

**\* Cerere eliberare autorizație de liberă practică pentru serviciile publice conexe actului medical pentru tehnician protezare și ortezare în sistemul sanitar din România**



## **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 A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI, 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 A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI este o instituție publică cu personalitate juridică care își desfășoară activitatea pe teritoriul Municipiului București în scopul realizării politicilor și programelor naționale de sănătate publică, a activității de medicina 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: str. Avrig nr.72-74, sector 2, București, email: [dspb@dspb.ro](mailto:dspb@dspb.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 cumulativ, prin simpla transmitere a unei solicitări către operatorul de date, prin intermediul serviciului de poștă electronică, la adresa [dspb@dspb.ro](mailto:dspb@dspb.ro) sau la adresa de corespondență str. Avrig nr.72-74, sector 2, București.

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: [anspdcp@dataprotection.ro](mailto:anspdcp@dataprotection.ro), tel. +40.318.059.211 ; +40.318.059.212, fax: +40.318.059.602.

Data

Semnătura