Instituţia (societatea, asociaţia, fundaţia, unitatea sanitară, alte forme de organizare)

………………………………………………………………………………………………………..

 Către

 Direcţia de Sănătate Publică Covasna

 Director executiv/Compartiment asistenţă medicală şi programe

**CERERE
(1) pentru emiterea autorizaţiei de funcţionare pentru furnizarea îngrijirilor la domiciliu/**

**(2) pentru avizarea autorizaţiei de funcţionare pentru furnizarea îngrijirilor la domiciliu**

Subsemnatul/Subsemnata, ………………………………………, domiciliat/domiciliată în ………………………….., str. …………………………………………………. nr. ……….., bl. ……., sc. ……., et. ……, ap. …….., judeţul/sectorul ………………………………….., posesor/posesoare al/a B.I. seria ……………….. nr. ……………………., eliberat de ………………………………………. la data ………………, reprezentant legal al ………………………………………., cu sediul în …………………………………………….., str. …………………………………………… nr. ………….., bl………, sc. ………, et. ……., ap. ………., judeţul/sectorul …………………………………….., vă rog să binevoiţi a aproba eliberarea autorizaţiei de funcţionare pentru serviciile de îngrijiri la domiciliu, în conformitate cu reglementările legale în vigoare, pentru forma de organizare sus-menţionată.

Anexez în completarea cererii mele copii ale următoarelor documente:

1. declaraţia pe propria răspundere;
2. statutul unităţii/alte documente constitutive, certificat constatator cu menţionarea punctului de lucru, după caz\*;
3. documente care atestă dobândirea personalităţii juridice, pentru asociaţii şi fundaţii, după caz\*;
4. dovada înregistrării în registrul asociaţiilor şi fundaţiilor, după caz\*;
5. documente privind deţinerea legală a sediului dispeceratului pentru îngrijiri la domiciliu (situaţie juridică, schiţă, plan de amplasare în zonă);
6. regulamentul de organizare şi funcţionare\*;
7. organigrama serviciului de îngrijiri la domiciliu\*;
8. documente privind codul fiscal, certificat de înregistrare fiscală\*;
9. lista personalului angajat în serviciul de îngrijiri medicale la domiciliu (+ copie REVISAL sau copie contracte de muncă/prestări servicii) \*;
10. dovada pregătirii profesionale/documente de liberă practică (avize anuale) pentru personalul medical angajat pentru asigurarea îngrijirilor la domiciliu (copie);
11. lista dotărilor existente\*;
12. alte documente, după caz, solicitate în mod oficial.

\*În cazul avizării la 3 ani, documentele se vor prezenta numai dacă au intervenit modificări faţă de forma depusă la autorizarea iniţială.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Data………………………. | Semnătura…………………………….. |