



HOTĂRÂRE NR. 12/27.03.2015

privind aprobarea Procedurii de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

Consiliul Național al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) întrunit în ședința din data de 27.03.2015, având în vedere Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1454/ 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, de moașă și de asistent medical în regim independent, în temeiul art. 53 din Ordonanța de Urgență nr. 144/2008, privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, aprobată prin Legea nr. 53/2014, coroborat cu art. 26 din Statutul Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, emite următoarea

HOTĂRÂRE

Art. 1 - Se aprobă Procedura de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali.

Art. 2 - Prezenta hotărâre, se va comunica tuturor filialelor Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Președinte

Mircea Timofte



Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor Și Asistenților Medicali Din România	
Titlu Document	PROCEDURĂ DE AVIZARE ȘI REAVIZARE A CABINETELOR INDIVIDUALE DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ PENTRU ASISTENȚII MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘE ȘI ASISTENȚI MEDICALI
Document elaborat	Martie 2015
Document aprobat	Ședința Consiliului Național al OAMGMAMR din data de 27.03.2015
Ediția	1
Revizia	0
Distribuție	Președinți de filiale Membrii Comisiilor Județene de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă

1. OBIECTUL PROCEDURII:

Pocedura cuprinde descrierea detaliată a operațiunilor ce trebuie efectuate pentru a realiza activitatea de avizare a Cabinetului individual de practică independentă, denumit în continuare C.I.P.I., de către filiala OAMGMAMR pe teritoriul căreia se solicită înființarea cabinetului.

2. DOMENIUL DE APLICARE:

Avizarea cabinetelor individuale de practică independentă.

3. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ:

Legea nr. 53/2014 pentru aprobarea OUG 144/ 2008 și Ordinul MS nr. 1454/2014.

4. RESPONSABILITATE:

Președinte de filială, Comisia județeană de avizare și reavizare a C.I.P.I.

5. DESCRIEREA PROCESULUI:

(1) Avizul este actul emis la cerere, în baza Ordinului MS nr. 1454/2014, de către filialele OAMGMAMR județene și a municipiului București, pentru înființarea C.I.P.I. de către asistentul medical generalist, moașa, asistentul medical, după caz, în urma verificării îndeplinirii cerințelor dispozițiilor legale.

(2) Avizul se emite în următoarele situații:

- A. Când este solicitat de către asistentul medical generalist, moașa, asistentul medical, după caz, în vederea înființării de către acesta, în condițiile legii, de C.I.P.I. (art. 15 alin 2 OMS 1454/2014);
- B. În caz de modificare a structurii sau activității C.I.P.I., respectiv a obiectului de activitate (art. 16; art. 24).

A. Eliberarea avizului prevăzut la art. 15 alin 1 din Ordinul MS nr. 1454/2014

(1) Avizul se emite în baza documentelor prevăzute la art. 15 alin 1 din Ordinul MS nr. 1454/2014:

- a) **Cerere** prin care titularul solicită avizul specificând serviciile de îngrijiri medicale care vor fi furnizate, după caz, de către C.I.P.I. a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical;
- avizul se solicită în scris de către asistentul medical generalist, asistentul medical, moașa, după caz. Formularul de cerere tip este prevăzut în Anexa 1 a prezentului document;
 - cererea, însoțită de documentația prevăzută de dispozițiile art. 15 alin 2, se înregistrează în Registrul de evidență a avizării și reavizării C.I.P.I., în ordinea primirii, asigurându-se evidența și confidențialitatea conținutului acestora. Modelul registrului este prevăzut în Anexa 2 a prezentului document;
 - pentru serviciile de îngrijiri medicale delegate care pot fi prestate cu condiția ca un medic să poată interveni în orice moment/în prezența unui medic, titularul va face dovada colaborării cu un medic autorizat în specialitatea în care se solicită serviciile, în condițiile legii.
- b) **Certificatul de membru al OAMGMAMR** al titularului, avizat la zi în copie legalizată, și după caz, certificatele de membru avizate la zi ale asistenților medicali generaliști, moașelor sau asistenților medicali angajați, în copii legalizate;
- c) **Dovada deținerii legale a spațiului** în care urmează să funcționeze cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă, a profesiei de asistent medical, declarat ca sediu profesional al activității, în copie legalizată, precum și o declarație pe proprie răspundere din care sa rezulte că spațiul pentru care se solicită avizarea nu face obiectul nici unui litigiu. Formularul de declarație tip este prevăzut în Anexa 3 a prezentului document.

Se va depune copia legalizată a documentului din care rezultă deținerea legală a spațiului cu destinație de sediu de activitate.

Exemplificativ: copie contract vânzare cumpărare, copie contract închiriere, copie contract concesiune, copie contract de comodat, copie contract de leasing financiar, orice altă formă de contract încheiat în condițiile legii, din care rezultă deținerea legală a spațiului.

d) **Regulamentul de organizare și funcționare a C.I.P.I.** a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical;

e) **Raportul de evaluare pentru avizarea C.I.P.I.**, întocmit de către Comisia județeană de avizare și reavizare a C.I.P.I. pe teritoriul căreia se solicită înființarea, cu privire la dotările minime corespunzătoare furnizării serviciilor de îngrijiri medicale menționate în cererea de avizare, în copie legalizată;

- Formularul standardizat pentru acest raport este prezentat în Anexa 4 a prezentului document;
- În cazul în care niciun membru al Comisiei județene de avizare nu este în specialitatea în care se solicită avizarea C.I.P.I., președintele filialei va nominaliza, prin decizie, un membru al filialei, asistent medical principal, în specialitatea respectivă;

f) **Programul de lucru al C.I.P.I.** asumat prin semnătura reprezentantului legal; Programul va respecta cerințele legislației muncii.

g) **Documente care atestă experiența profesională dobândită a titularului C.I.P.I.** a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical;

Experiența profesională dobândită poate fi dovedită printr-un document care atesta exercitarea efectivă a profesiei, cu norma întreaga minim 5 ani, conform modelului prevăzut în anexa 8

h) **Dovada achitării taxei de avizare**, stabilită prin HCN a OAMGMAMR

- taxa se plătește la casieria filialei OAMGMAMR sau prin virament bancar, în contul filialei OAMGMAMR. O copie a documentului se va anexa la documentație; -

i) **Asigurare pentru răspunderea civilă profesională suplimentară**, după caz, la valoarea riscului asigurat stabilită de OAMGMAMR.

- se va depune o copie a asigurării suplimentare pentru răspunderea civilă profesională;
- valoarea este stabilită prin HCN a OAMGMAMR.

j) **Fișele de atribuții** a postului pentru asistentul medical generalist, moașa sau asistentul medical titular, angajat și/sau colaborator, pentru avizare.

B. Eliberare aviz în caz de modificare a structurii sau activității C.I.P.I. (art. 16 Ordinul MS nr. 1454/2014)

(1) În caz de modificare a structurii sau activității C.I.P.I. se emite un nou aviz, în baza următoarelor documente:

a) **Avizul** Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România pentru Cabinetul de practică independentă pentru care se solicită modificarea structurii sau activității, în original;

b) **Cererea** titularului legal al C.I.P.I. în care se specifică serviciile de îngrijiri medicale pentru care se solicită noul aviz.

Formularul de cerere tip este prevăzut în Anexa 5 a prezentului document;

c) **Certificatul de membru** al OAMGMAMR al titularului, în copie legalizată, avizat la zi, precum și certificatele de membru al asistenților medicali generaliști, moșe sau asistenți medicali angajați sau colaboratori, în copii legalizate.

d) **Dovada perfecționării**/formării titularului și/sau a personalului angajat/colaboratorilor, după caz, în concordanță cu serviciile de îngrijiri medicale pentru care se solicită noul aviz;

e) **Raportul de evaluare a activității** anului anterior solicitării noului aviz, și Raportul cu privire la dotările minime corespunzătoare furnizării serviciilor de îngrijiri medicale pentru care se solicită reavizarea, în copii legalizate, întocmite de către Comisia Județeană de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pe teritoriul căreia funcționează cabinetul;

f) **Fișele de atribuții** a postului pentru asistentul medicali generalist, moașa sau asistentul medicali angajat sau colaborator în cazul modificării structurii de personal, pentru avizare;

g) **Dovada achitării taxei de reavizare**, stabilită prin HCN a OAMGMAMR

6. DISPOZIȚII COMUNE PENTRU SITUAȚIILE DESCRISE LA PCT. A ȘI B

(1) În cazul în care documentația prezentată este incompletă sau un document nu este conform cu cerințele legale aplicabile, se comunică solicitantului cu adresă scrisă semnată de președintele filialei, cu aplicarea ștampilei unității, în cel mult 5 zile lucrătoare de la data înregistrării și se solicită completarea dosarului.

Dacă în termen de 15 zile de la solicitare documentația nu este completată, dosarul se clasează.

(2) Documentele depuse pentru avizare sunt analizate și evaluate de Comisia județeană de avizare și reavizare a C.I.P.I., conform Regulamentului de organizare și funcționare al aceste Comisii.

În urma evaluării conținutului documentației, Comisia întocmește un raport de evaluare cu concluziile rezultate și decide emiterea ori respingerea motivată a avizului.

Formularul standardizat pentru acest raport este prezentat în Anexa 6 a prezentului document;

(3) În cazul în care Comisia decide emiterea avizului, acesta se eliberează, conform formularului standardizat prezentat în Anexa 7 a prezentului document;

(4) Termenul de emitere a avizului este de maximum 30 de zile, termen care curge de la data depunerii documentației complete;

(5) Avizul emis se redactează în două exemplare originale, unul la solicitant și unul în evidența emitentului și poartă semnătura Președintelui și ștampila filialei OAMGMAMR.

(6) Atunci când Comisia decide respingerea emiterii avizului, aceasta se comunică solicitantului, împreună cu motivele respingerii, în termen de maximum 15 zile lucrătoare de la luarea deciziei, cu adresă scrisă, semnată de președintele filialei; decizia se redactează în două exemplare, unul la solicitant și unul în evidența emitentului;

(8) Toate documentele privind eliberarea avizului pentru înființarea C.I.P.I. arhivează potrivit prevederilor legale în vigoare.

(9) Avizul este valabil de la data emiterii lui. Orice modificare a elementelor prevăzute în Aviz, inclusiv înlocuirea sau angajarea sub orice formă a altui personal medical, vor fi comunicate Comisiei Județene de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă, în termen de 10 zile lucrătoare de la data producerii acestora;

(10) În cazul pierderii avizului, solicitantul poate obține un duplicat, pe baza unei cereri scrise adresată președintelui filialei. Pe duplicat se va înscrie sintagma "Document cu valoare de original".

7. DISPOZITII FINALE

(1) Acest document conține informații care sunt proprietatea OAMGMAMR.

(2) Se interzice multiplicarea, modificarea sau difuzarea procedurii fără acordul Președintelui și a Consiliului Național al OAMGMAMR.

(3) Data intrării în vigoare: data aprobării documentului în ședința Consiliului național al OAMGMAMR.

(4) Anexele nr. 1-7 fac parte integrantă din prezenta procedură.

8. LISTA ANEXE

Anexa 1

Cerere de avizare a Cabinetului Individual de Practică Independentă

Anexa 2

Registrul de evidență a avizării și reavizării C.I.P.I.

Anexa 3

Declarație pe proprie răspundere

Anexa 4

Raportul de evaluare pentru avizarea C.I.P.I

Anexa 5

Cerere de reavizare a Cabinetului Individual de Practică Independentă

Anexa 6

Raportul de evaluare pentru reavizarea C.I.P.I

Anexa 7

Aviz pentru înființarea Cabinetului Individual de Practică Independentă

Anexa 8

Document care atestă experiența profesională dobândită

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 1

**CERERE DE AVIZARE A CABINETULUI INDIVIDUAL DE PRACTICĂ
INDEPENDENTĂ**

Vizat :
PRESEDINTE FILIALA

NR. ÎNREG. _____ / _____

**Către,
Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților
Medicali din România, Filiala.....
Comisia județeană de avizare și reavizare a Cabinetelor de Practică
Independentă**

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în _____ str.
_____ nr. _____ bloc _____ scara _____ etaj _____ ap. _____ telefon _____ ,
de profesie asistent medical generalist / moașă / asistent medical.....

vă rog să-mi aprobați eliberarea:

Avizului pentru Cabinetul de Practică Independentă PRINCIPAL/SECUNDAR

Cu numele (numele și prenumele titularului)

CABINET DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE :

situat în Localitatea _____ adresa: _____
_____ tel. _____

reprezentat de subsemnatul ca titular.

Personal angajat:

Pentru următoarele servicii de îngrijiri medicale:

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea Avizului Cabinetului de practică independentă:

- Certificatul de membru al OAMGMAMR** al titularului, avizat la zi în copie legalizată, și după caz, certificatele de membru avizate la zi ale asistenților medicali generaliști, moașelor sau asistenților medicali angajați, în copii legalizate;
- Dovada deținerii legale a spațiului** în care urmează să funcționeze cabinetul de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă, a profesiei de asistent medical, declarat ca sediu profesional al activității, în copie legalizată, precum și o declarație pe proprie răspundere din care rezulta că spațiul pentru care se solicită avizarea nu face obiectul nici unui litigiu.
- Regulamentul de organizare și funcționare a C.I.P.I.** a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical;
- Raportul de evaluare pentru avizarea C.I.P.I.** întocmit de către Comisia județeană de avizare și reavizare a C.I.P.I. pe teritoriul căreia se solicită înființarea, cu privire la dotările minime corespunzătoare furnizării serviciilor de îngrijiri medicale menționate în cererea de avizare, în copie legalizată;
- Programul de lucru al C.I.P.I.** asumat prin semnătura reprezentantului legal;
- Documente care atestă experiența profesională dobândită a titularului C.I.P.I.** a profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă sau a profesiei de asistent medical;
- Dovada achitării taxei de avizare**, stabilită prin HCN a OAMGMAMR
- Asigurare pentru răspunderea civilă profesională suplimentară**, după caz, la valoarea riscului asigurat stabilită de OAMGMAMR.
- Fișele de atribuții** a postului pentru asistentul medicali generalist, moașa sau asistentul medicali titular, angajat și/sau colaborator, pentru avizare.

Prin semnarea prezentei, declar, pe proprie răspundere, că am cunoștință despre obligația de a înștiința OAMGMAMR Filala....., despre orice modificare a elementelor prevăzute în cererea de avizare și, respective în certificatul de avizare pe care îl voi obține, inclusiv înlocuirea sau angajarea sub orice formă al altui personal medical, în termen de 10 zile lucrătoare de la data producerii acestora.

Semnătura : _____

Data : _____

Parafa _____

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 2

REGISTRUL DE EVIDENȚĂ A AVIZĂRII ȘI REAVIZĂRII CABINETULUI INDIVIDUAL DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ

Număr înregistrare	Data înregistrare	Nume și prenume solicitant	Avizare/ Reavizare	Număr și dată aviz	Semnătură primire

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 3

DECLARAȚIE PE PROPRIE RĂSPUNDERE

Subsemnatul/a, născut la data de, în localitatea, domiciliat în, str. nr., bloc, scara, etaj, apart., sector/județ, posesor al, seria nr. eliberat de la data de, cod numeric personal,

Cunoscând dispozițiile articolului 292 Cod penal cu privire la falsul în declarații, declar pe proprie răspundere că spațiul situat la adresa , cu destinație de sediu de activitate pentru cabinetul individual de practică independentă pentru care solicit avizarea, îl dețin în mod legal și nu face obiectul niciunui litigiu.

Data:

Semnătură declarant

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 5

CERERE DE REAVIZARE A CABINETULUI INDIVIDUAL DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ

Vizat :
PRESEDINTE FILIALA

NR. ÎNREG. _____ / _____

Către,
Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din
România, Filiala
Comisia județeană de avizare și reavizare a Cabinetelor de Practică Independentă

Subsemnatul/a _____ cu domiciliul în _____ str.
_____ nr. _____ bloc _____ scara _____ etaj _____ ap. _____ telefon _____ ,
de profesie asistent medical generalist / moașă / asistent medical.....

vă rog să-mi aprobați eliberarea:

Avizului pentru Cabinetul de Practică Independentă PRINCIPAL / SECUNDAR cu modificările de structură sau activitate menționate mai jos:

Cu numele (numele și prenumele titularului)

CABINET DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE :

situat în Localitatea _____ adresa : _____
_____ tel. _____

reprezentat de subsemnatul ca titular.

Personal angajat:

Pentru următoarele **servicii de îngrijiri medicale** :

La prezenta anexez documentele necesare pentru obținerea Avizului pentru Cabinetul de practică independentă:

- Avizul** Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România pentru Cabinetul de practică independentă pentru care se solicită modificarea structurii sau activității, în original;
- Copia legalizată a certificatului de membru** al OAMGMAMR al titularului, avizat la zi, precum și, după caz, certificatele de membru avizate la zi ale asistenților medicali generaliști, moașelor sau asistenților medicali angajați, în copii legalizate;

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

- **Dovada participării la cursuri de perfecționare** a titularului și a personalului angajat, în domeniul serviciilor de îngrijiri medicale pentru care se solicită noul aviz, cursuri stabilite prin HCN al OAMGMAMR;
- **Raportul de evaluare a activității anului anterior solicitării noului aviz**, întocmit de către Comisia județeană de avizare și reavizare a C.I.P.I pe teritoriul căreia funcționează cabinetul, și Raportul întocmit de către Comisia județeană de avizare și reavizare a C.I.P.I cu privire la dotările minime corespunzătoare furnizării serviciilor de îngrijiri medicale pentru care se solicită reavizarea, în copie legalizată;
- **Fișele de atribuții** a postului pentru asistentul medicali generalist, moașa sau asistentul medicali angajat sau colaborator în cazul modificării structurii de personal, pentru avizare;
- **Dovada achitării taxei de reavizare**, stabilită prin HCN a OAMGMAMR.

Prin semnarea prezentei, declar, pe proprie răspundere, că am cunoștință despre obligatia de a înștiința OAMGMAMR Filala....., despre orice modificare a elementelor prevăzute în cererea de avizare și, respective în certificatul de avizare pe care îl voi obține, inclusiv înlocuirea sau angajarea sub orice formă al altui personal medical, în termen de 10 zile lucrătoare de la data producerii acestora.

Semnătura : _____

Data : _____

Parafa _____

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 6

**RAPORTUL DE EVALUARE PENTRU REAVIZARE A CABINETULUI DE PRACTICĂ
INDEPENDENTĂ**

Nr. _____ din _____

Încheiat de către subsemnații: _____ - în calitate de membru al Comisiei Județene de Avizare al Cabinetelor de Practică Independentă Filiala _____ și _____ de profesie _____, în calitate de reprezentant ai OAMGMAMR Filiala _____ numit prin Decizia nr. _____, cu ocazia evaluării activității desfășurate în perioada _____ a **CABINETULUI INDIVIDUAL DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ A PROFESIEI DE** _____, al titularului _____, situat în (adresa) _____.

Indicatori verificați	DA	Parțial îndeplinit	NU	Valoare numerică	OBSERVAȚII
Serviciile medicale furnizate sunt în concordanță cu serviciile medicale avizate (Da/Nu/Nu este cazul)					
Existenta documentației privind evidența activității de îngrijire (conform Anexei 3 Ord. MS 1454/2014) (Da/Nu/Nu este cazul)					
Nr. servicii de îngrijire efectuate în perioada evaluată (valoare numerică)					
Nr. reclamații sau sesizari cu privire la activitatea Cabinetului (valoare numerică)					
Personalul medical angajat / colaborator (altul decat cel avizat) (Da/Nu/Nu este cazul)					

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

Propuneri pentru remedierea deficiențelor/ Observații:

**Față de cele de mai sus, considerăm activitatea cabinetului ca fiind conformă /
neconformă**

COMISIA DE EVALUARE

(nume, prenume și semnătură)

(nume, prenume și semnătură)

TITULAR CABINET

(nume, prenume și semnătură)

OAMGMAMR

Procedură de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

ANEXA 7

AVIZ PENTRU ÎNFIINȚAREA CABINETULUI DE PRACTICĂ INDEPENDENTĂ

Nr. _____ din _____

Având în vedere cererea înregistrată sub nr. _____ din data de _____, prin care _____, de profesie _____, în conformitate cu Certificatul de Membru al O.A.M.G.M.A.M.R. nr. _____ din _____ și-a exprimat opțiunea privind forma de exercitare a profesiei și solicită avizul O.A.M.G.M.A.M.R. al filialei _____ pentru înregistrarea în Registrul Județean al asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților medicali din România și eliberarea Certificatului de înregistrare a cabinetului de practică independentă.

Văzând Documentele anexate conform specificațiilor Procedurii de avizare și reavizare a cabinetelor individuale de practică independentă pentru asistenții medicali generaliști, moașe și asistenți medicali

În temeiul art. 11 din O.U.G. nr. 144/2008 aprobată prin Legea 53/2014 și a art. 15 din ORD. M.S. nr. 1454/2014

AVIZĂM

Înființarea **Cabinetului individual de practică independentă a profesiei de**
_____ **de către** _____, **pentru furnizarea în regim independent a următoarelor servicii de îngrijiri medicale:**

Cabinetul individual de practică independentă va purta denumirea: „ **(numele și prenumele titularului - sintagma "cabinet de practică independentă a profesiei de asistent medical generalist" sau "cabinet de practică independentă a profesiei de moașă" sau "cabinet de practică independentă a profesiei de asistent medical, specialitatea ")**”, funcționând la adresa _____

Personal medical angajat / colaboratori:

Activitățile furnizate de către Cabinetul de practică independentă se vor desfășura numai după obținerea Certificatului de Înregistrare a cabinetului în Registrul Județean al asistenților medicali generaliști, moașelor și asistenților din România eliberat de Direcția de Sănătate Publică a Județului _____, precum și a celorlalte autorizații prevăzute de legislația în vigoare.

Orice modificare a elementelor prevăzute în certificatul de avizare, inclusiv orice angajare de personal medical, va fi adusă la cunoștință O.A.M.G.M.A.M.R. Filala....., în termen de 10 zile lucrătoare de la data producerii acestora.

S-a eliberat prezentul certificat de avizare pentru a servi la Direcția de Sănătate Publică a Județului _____ în vederea obținerii **Certificatului de înregistrare a cabinetului.**

Președinte Filială

Consilier juridic,

Ștampila cu antetul Filialei

ANEXA 8

UNITATEA _____
Str. _____, nr. _____
Loc. _____, jud. _____
Tel: _____; Fax: _____
Nr. de inregistrare _____ / data _____

ADEVERINȚĂ

Prin prezenta se atestă faptul ca dl./dna _____, domiciliat(ă) în _____, Str. _____, nr. _____, bl. _____, sc _____, ap _____, sect... _____, jud _____, posesor al BI/CI _____, seria _____, nr. _____, CNP _____, este / a fost angajatul (a) _____ în Secția/Comprtimentul/Departamentul _____, cu sediul în _____, in baza contractului individual de muncă cu normă întreagă / cu timp parțial de _____ ore / zi, încheiat pe durată determinată / nedeterminată, înregistrat la Inspectoratul Teritorial de Munca _____ cu nr. _____ / _____ în funcția de _____.

Pe durata executarii contractului individual de munca au intervenit urmatoarele mutații (încheierea, modificarea, suspendarea și încetarea contractului individual de munca):

Nr. crt.	Mutația intervenită	Anul	Funcția	Nr. și data actului pe baza căruia se face înscrierea și temeiul legal
		Luna		
		Ziua		

Începând cu data de _____, contractul individual de muncă al domnului (ei) a încetat la data de _____ în baza prevederilor art. _____, alin. _____, lit. _____ din Legea nr. 53/2003 - Codul Muncii, modificata si completata.

In perioada lucrata a avut _____ zile de absente nemotivate si _____ zile concediu fara plata.

Reprezentant legal,

Întocmit,