



**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
A JUDEȚULUI OLT**



Str. Crișan, Nr. 9 - 11, Slatina, Jud. Olt, Cod postal 230013
Telefon/Fax 0372 394 714 • 0372394 716 • e-mail: dspolt@dspolt.ro

Anexa 1

Nr.

Domnule Director,

Subsemnatul(a).....
....., CNP....., medic în specialitatea
....., confirmat prin Ord. M.S. nr. ____/____,
cod parafă....., incadrat la
..... telefon..... e- mail.....

Va rog să-mi aprobați continuarea activității după împlinirea vârstei de pensionare, în conformitate cu prevederile art.391, alin.(8) din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sanataii (republicare1).

Anexez cererii următoarele documente:

- Copie CI/BI;
- Copie Certificat de Membru al Colegiului Medicilor din Romania;
- Copie Aviz liberă practică, în termen de valabilitate;
- Copie aviz anual eliberat de Colegiul Medicilor Olt;
- Certificatul de sanatate.

Data _____

Semnătura _____