*CERERE modificare decizie - reorganizare Centru de Permanenţă* aprilie 2023

***Către Directia de Sanatate Publica Brasov***

***Doamnei Director Executiv*,**

*Subsemnata (ul) dr. ...........................................................................medic coordonator al Centrului de permanenta fix ................................ aflat la adresa .............................................................., nr. telefon centru .......................solicit modificarea deciziei de infiintare a centrului de permanenta incepand cu data de 01/......../2023 cu urmatoarele :*

1. ***Modificarea componentei echipei de garda***
   * + - ***intrarea*** *in componenta echipei de garda* a *dr. ........................................... / as. Med ....................................*

* ***iesirea*** *din componenta echipei de garda a dr. ................................... /as med ..................*

1. alte modificari (asociere medici, nume personal medical,.sediu adresa)........................

.......................................................................................................................................................................

***La asigurarea continuităţii asistenţei medicale primare in regim de garda participa urmatorii:***

**Medici de familie asociati titulari cabinete** medicina de familie in contract cu CJAS Brasov

1. dr..............................................................

2. dr..............................................................

3. dr..............................................................

4 dr..............................................................

**Medici angajati/cu prestari servicii**

5. dr..............................................................

6. dr..............................................................

7. dr..............................................................

8. dr..............................................................

9. dr..............................................................

**Asistenti medicali**

1. as..............................................................
2. as..............................................................
3. as..............................................................
4. as..............................................................
5. as..............................................................
6. as..............................................................
7. as..............................................................

**Anexez documentatia necesara functionarii centrului de permanenta conform prevederlor Ordinului MS nr. 774/2023 actualizat si a Legii nr. 263/2004 actualizata, documentele depuse in copie se certifica conform cu originalul, si dosarul se numeroteaza.**

Subsemnatul-a dr. ............................................................................... declar că am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 și îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor prevăzute de legislatia in vigoare (*Ordinul Ministerului Sanatatii nr. 697/112 din 2011 actualizat)* privind emiterea deciziei centrului de permanenta.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea emiteri deciziei pentru centru de permanenta .

□ DA, sunt de acord □ NU sunt de acord

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medic coordonator Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (semnatura si stampila )

Telefon/e-mail coordonator .............................

***Deciziile se emit doar in cazul documentatiilor complete, lizibile, tehnoredactate si corect completate in termen de 30 zile.***

***Avizarea programului de garzi se poate efectua numai pentru personalul medical precizat in decizia centrului de permanenta si incheierea contractului cu CJAS Brasov***