



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
Direcția de Sănătate Publică a Județului NEAMȚ

**CERERE**

**DE AVIZARE A PRELUNGIRII ACTIVITĂȚII PENTRU MEDICII CARE ÎȘI DESFĂȘOARĂ ACTIVITATEA DUPĂ ÎMPLENIREA VÂRSTEI DE PENSIONARE ȘI SUNT ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU C.A.S. NEAMȚ (conform art. 391 alin. 8 din legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare)**

Subsemnatul(a).....  
CNP....., medic în specialitatea .....,  
gradul profesional....., având titlul (doctor în științe/ membru al Academiei) ....., confirmat prin Ord. M.S. nr. .... / .....,  
cod parafă ....., încadrat(a) cu contract de muncă pe durată ....., la .....,  
aflat în raporturi contractuale directe/indirecte (prin intermediul furnizorului de servicii medicale.....),  
cu Casa de Asigurări de Sănătate Neamț, solicit avizul pentru continuarea activității după împlinirea vârstei de 67 ani la .....

Anexez cererii următoarele documente:

- Copie CI/BI/Pașaport;
- Copie Certificat de Membru al Colegiului Medicilor din România;
- Copie Aviz liberă practică, în termen de valabilitate;
- Certificat medical de sănătate tip A5, în care se precizează aptitudinea din punct de vedere medical (fizic, psihic și medicina muncii) pentru exercitarea activității în specialitatea respectivă.

Data .....  
Telefon .....  
Email .....

Semnatura,