**CĂTRE**

**DIRECTIA DE SANATATE PUBLICA A JUDEȚULUI SATU MARE**

Subsemnatul/a ………………………………….…………………………………………., medic specialist/primar în specialitatea………………………………………….…………………………………, în prezent în activitate la spitalul/ambulatoriul/cabinetul, etc. ……………………………………………………………………………………..declar pe propie răspundere că:

1. *Categoria de medic pensionat*

☐ nu mă încadrez ☐mă încadrez

1. *Cumulez pensia cu venituri salariale*

☐nu cumulez ☐cumulez

Nr. Telefon ………………………………………………

 **Prin prezenta solicit avizul Directiei de Sanatate Publica pentru prelungirea activității după împlinirea vârstei de pensionare de 67 de ani.**

Anexez (după caz):

* Cerere tip completată și semnată;
* Actul de identitate (copie);
* Avizul Colegiului Medicilor Satu Mare pentru prelungirea activității peste vârsta de pensionare;
* După caz:
	+ Referatul angajatorului prin care sa fie certificată necesitatea menținerii în activitate peste vârsta de pensionare cu specificarea motivației angajatorului (ex. deficit de personal, inclusiv, dacă este cazul, pentru linia de garda, etc.);
	+ Referatul medicului de familie/medicul specialist, după caz (din cabinetele individuale) prin care își argumentează solicitarea menținerii în activitate peste vârsta de pensionare;
* Certificat medical cu avizul medicului de medicina muncii si al medicului de psihiatrie;
* Dovada ca isi desfasoara activitatea in relatie contractuala cu CJAS Satu Mare direct sau prin intermediul furnizorilor de servicii medicale.

Data Semnatura