*ANEXA Nr. 2*

*la procedură*

**CERERE**

**pentru avizarea înființării cabinetului de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical de fizioterapie sau a unui punct de lucru secundar sau pentru modificarea activității cabinetului de liberă practică**

Doamnă/Domnule președinte,

Subsemnatul(a) ..............., identificat(ă) cu ..........................., CNP ........................., cu domiciliul în ................................., strada .............................. nr. ................., bloc ......., scara ...., etaj ..........., ap. ..........,

în calitate de

* persoană autorizată să exercite profesia de fizioterapeut, membru al Colegiului Fizioterapeuților ......................., având NRU ......................., deținând Autorizația de liberă practică nr. ......................, emisă de Colegiul Fizioterapeuților ...................... la data de ......................, și Avizul anual nr. ......................, emis de Colegiul Fizioterapeuților ...................... la data de ......................,
* reprezentant legal al ....................................., cu sediul social în .............................................,

vă rog a elibera avizul conform Ordinului ministrului sănătății nr. 1.992/2023 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înființarea, autorizarea, dotarea, funcționarea și înregistrarea cabinetelor de liberă practică pentru serviciile publice conexe actului medical, precum și pentru stabilirea documentelor necesare pentru eliberarea autorizațiilor de liberă practică pentru personalul care desfășoară servicii publice conexe actului medical, pentru:

* înființarea cabinetului de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical de fizioterapie;
* înființarea unui punct de lucru secundar al cabinetului de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical de fizioterapie;
* modificarea activității cabinetului de liberă practică pentru serviciile publice conexe actului medical de fizioterapie, având Certificatul de înregistrare nr. ..............., eliberat de Direcția de Sănătate Publică .............................. la data de .........................,   
  cu forma de exercitare:
* cabinet fără personalitate juridică:
  + cabinet de practică individual;
  + cabinete de practică grupate;
  + cabinete de practică asociate;
  + societate civilă de practică pentru servicii publice conexe actului medical;
* cabinet cu personalitate juridică:
  + cabinete de practică cu personalitate juridică înființate potrivit Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
  + asociație sau fundație înființată potrivit prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 246/2005, cu modificările și completările ulterioare.

Anexez prezentei cereri următoarele documente:

* dovada deținerii legale a spațiului în care urmează să funcționeze cabinetul de liberă practică (contract de închiriere/de comodat/de donație, act de proprietate/concesiune etc.), însoțită de schița spațiului;
* regulamentul de organizare și funcționare a cabinetului de liberă practică;
* raportul favorabil, întocmit de către reprezentanții colegiului teritorial din cadrul Colegiului Fizioterapeuților din România pe teritoriul căruia se solicită înființarea, cu privire la criteriile și standardele de dotare corespunzătoare furnizării serviciilor de fizioterapie menționate în cererea de avizare;
* programul de lucru al cabinetului de liberă practică asumat prin semnătura reprezentantului legal;
* documente care atestă experiența profesională dobândită de cel puțin 3 ani în exercitarea profesiei a titularului cabinetului de liberă practică/a administratorului societății comerciale sau a reprezentantului legal al persoanei juridice ori a cel puțin unei treimi din numărul membrilor fondatori (adeverințe eliberate de angajator, extras din REVISAL, adeverință eliberată de Casa Națională de Pensii, adeverință de venit eliberată de Agenția Națională de Administrare Fiscală etc.);
* dovada achitării taxei de avizare;
* convenția de constituire a cabinetelor de practică grupate sau asociate sau contractul de societate civilă prin care se constituite societatea civilă de practică pentru servicii publice conexe actului medical, după caz;
* certificatul de înregistrare la registrul comerțului, respectiv certificatul de înregistrare în registrul persoanelor juridice ori hotărârea judecătorească de înființare sau actul de acordare a personalității juridice;
* actul constitutiv sau statutul persoanei juridice.

NOTA 1:

Documentele vor fi completate cu raportul întocmit de către reprezentanții colegiului teritorial din cadrul CFZRO competent conform art. 1 alin. (2) din Procedura de avizare a cabinetelor de liberă practică pentru serviciile publice conexe actului medical de fizioterapie, aprobată prin Hotărârea Consiliului național al Colegiului Fizioterapeuților din România nr. 63/2023, cu privire la criteriile și standardele de dotare minimă obligatorie corespunzătoare furnizării serviciilor de fizioterapie menționate în cererea de avizare, după obținerea acestuia.

NOTA 2:

Documentele depuse în copie vor purta mențiunea „conform cu originalul”, numele în clar și semnătura solicitantului.

În cadrul cabinetului de liberă practică își vor desfășura activitatea următorii fizioterapeuți salariați și/sau colaboratori:

1. ................................................., având NRU ......................., deținând Autorizația de liberă practică nr. ......................, emisă de Colegiul Fizioterapeuților ...................... la data de ....................., și Avizul anual nr. ......................, emis de Colegiul Fizioterapeuților ...................... la data de ......................;

2. ................................................., având NRU ......................., deținând Autorizația de liberă practică nr. ......................, emisă de Colegiul Fizioterapeuților ...................... la data de ......................, și Avizul anual nr. ......................, emis de Colegiul Fizioterapeuților ...................... la data de ......................;

3. ................................................., având NRU ......................., deținând Autorizația de liberă practică nr. ......................, emisă de Colegiul Fizioterapeuților ...................... la data de ......................, și Avizul anual nr. ......................, emis de Colegiul Fizioterapeuților ...................... la data de ......................;

4. ................................................., având NRU ......................., deținând Autorizația de liberă practică nr. ......................, emisă de Colegiul Fizioterapeuților ...................... la data de ......................, și Avizul anual nr. ......................, emis de Colegiul Fizioterapeuților ...................... la data de ...................... .

Declar pe propria răspundere că următoarele condiții de dotare minimă obligatorie sunt îndeplinite de cabinetul de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical de fizioterapie (sau de punctul de lucru secundar al cabinetului de liberă practică, după caz):

* 1 spalier;
* 2 saltele;
* oglindă de perete;
* 1 masă de examinare/de terapie simplă;
* 1 bancă;
* 2 instalații-montaje scripeți cu contragreutăți;
* greutăți de diverse mărimi, bastoane, arcuri, cordoane elastice;
* minimum 3—4 dispozitive pentru recuperare funcțională din grupa dispozitive ajutătoare (de exemplu: pedalier, planșetă basculantă, giroplan, levier pentru cvadriceps, roată și scăriță pentru umăr, placă canadiană, placă pentru abilitățile mâinii etc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* cântar pentru persoane.

În cadrul cabinetului de liberă practică (sau la punctul de lucru secundar al cabinetului de liberă practică, după caz) vor fi furnizate următoarele activități specifice de fizioterapie:

* examinarea somatofuncțională a pacientului/beneficiarului de servicii de fizioterapie, prin utilizarea, fără a se limita la acestea, a observației și a instrumentelor/tehnicilor/scalelor specifice de evaluare somatofuncțională;
* stabilirea nevoii de intervenție specifică și elaborarea planului fizioterapeutic;
* acordarea asistenței terapeutice și profilactice pentru prevenirea alterării funcției, a limitărilor de activitate și a restricțiilor de participare;
* acordarea asistenței fizioterapeutice și de recuperare în patologii ale sistemelor neuromusculoscheletic, cardiovascular, respirator, digestiv, neuroendocrin, metabolic și urogenital, în domeniul traumatologiei sportive, pediatriei, geriatriei, reumatologiei, ORL și în alte condiții medicale și chirurgicale frecvent întâlnite în practica fizioterapeutului;
* aplicarea activităților specifice de fizioterapie, fără a se limita la acestea, precum:
  + exercițiu fizic cu scop terapeutic;
  + terapie manuală;
  + hidrokinetoterapie;
  + tehnici efectuate cu ajutorul instrumentelor/aparatelor/instalațiilor corespunzătoare, prin aplicare de contenții elastice/adezive/orteze sau prin mecanoterapie;
  + scripetoterapie;
  + electroterapie;
  + termoterapie;
  + imobilizări/posturări;
  + ultrasunete;
  + laser;
  + alte tehnici similare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doresc ca avizul să îmi fie transmis astfel:

* ridicare personală/de către împuternicit;
* prin servicii de curierat cu plata la destinatar, la următoarea adresă: orașul .............., str. .............. nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., sectorul (județul) ............, cod poștal ......., tel. ............................ .

Informații privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Subsemnatul(a) declar că am luat cunoștință de conținutul notei de informare privind prelucrarea datelor cu caracter personal de către Colegiul Fizioterapeuților din România și cunosc condițiile privind exercitarea drepturilor mele.

Nota de informare se regăsește pe site-ul oficial al Colegiului Fizioterapeuților din România (<https://colegiulfizioterapeutilor.ro>) și la punctele de lucru ale colegiilor teritoriale.

Declar pe propria răspundere, cunoscând dispozițiile art. 326 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare, cu privire la falsul în declarații, că informațiile prezentate în această cerere și documentele anexate corespund realității.

Data: Semnătura