Către Direcţia de Sănătate Publică a Municipiului Bucureşti

Doamnă/Domnule Director,

 Subsemnatul(a), ......................................................................................................, cu domiciliul în localitatea ...................................................... sector/judeţul................................... str. ........................ ..........................................nr.........., bl..........sc........et........ap......... . posesor/posesoare al/a BI/CI seria ........... nr. ....................., eliberat de ..................................... la data de ........................., în calitate de ....................................................... al Societăţii ..................................................................................., cu sediul în ........................................... str. ..................................................................... nr. ......... bl. ........... sc. ………...... et. ....... ap. ...... sector/judet ........................... telefon ......................................, e-mail ................................, înmatriculată la registrul comerţului sub nr. ........................................, având codul fiscal nr. .............................. din ............................, solicit,

**Autorizaţia sanitară în baza referatului de evaluare**

pentru ................................................................................................................................................., situat la (adresa): str. ............................................................................ nr. ........., bl. ......... sc. ....... etaj ........ ap. ........ sector ...... având ca obiect de activitate (cod CAEN): ……………………............. .......................................................................................................................................................………

1. Activitatea desfăşurată constă în: ...........................................................................................

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

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

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

1. Anexez la cerere documentaţia\* solicitată, completă, şi anume:

a) copie a certificatului de înregistrare la registrul comerţului şi certificat constatator pentru punctele de lucru (după caz), actului constitutiv/statutului din care să reiasă codul CAEN;

b) memoriu tehnic privind spaţiile şi mijloacele de transport;

c) planul de situaţie cu încadrarea în zonă şi schiţele cu detalii de structură funcţională;

d) dovada privind deţinerea legală a spaţiului în care se prestează serviciile funerare;

e) acte doveditoare privind angajarea tanatopractorului/tanatopractorilor şi documente privind calificarea tanatopractorului/tanatopractorilor;

f) dovada deţinerii trusei/truselor de îmbălsămare;

g) fişele de aptitudine ale personalului care atestă efectuarea examenelor medicale la angajare şi/sau examenelor medicale periodice, conform H.G. nr. 355/2007 privind supravegherea sănătăţii lucrătorilor, cu modificările şi completările ulterioare, şi certificatele de sănătate mintală ale personalului care prestează îngrijiri medicale şi celui care transportă decedaţii;

h) autorizaţia de transport emisă în baza Legii serviciilor de transport public local nr. 92/2007, cu modificările şi completările ulterioare, sau cartea de identitate a vehiculului cu următoarele înscrisuri specifice: categorie de folosinţă: autovehicul special; caroserie: SD funerar;

i) declaraţia pe proprie răspundere că spaţiul pentru care se solicită autorizarea este deţinut legal şi nu face obiectul vreunui litigiu;

j) dovada de achitare a tarifului de autorizare sanitară, respectiv chitanţa de plată a tarifului de autorizare nr. ............... din data de ...................... în valoare de 300 lei – copie conformă cu originalul;

k) alte documente care să ateste îndeplinirea cerinţelor legale, identificate de personalul specializat, prezentate în etapa de evaluare.

\* Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul şi îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susţinute în documentaţia depusă.

Dosarul cuprinde .......................pagini, din care .............................................................................. in original.

\*Menţionăm că, termenul de soluţionare a cererii decurge de la data depunerii complete a documentaţiei.

**Data ....../....../............. Semnătura .................................**

 Notă: În cazul în care prestatorul de servicii funerare îşi extinde/modifică/restrânge activităţile menţionate la pct. I, este obligat să solicite emiterea unei noi autorizaţii sanitare de funcţionare.

**(Cerere ASF pentru servicii funerare)**

**Contul pentru plată este** : RO96TREZ70020160103XXXXX

Beneficiar: Bugetul de stat Cod fiscal 4400956

Cont deschis la Direcţia de Trezorerie M.B. din Splaiul Unirii nr.6, sect.4



**ACORD**

**PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**

**.**

 Subsemnatul …………………………………………………………………, CI seria ……….. nr …………..… îmi exprim în mod expres acordul privind prelucrarea datelor mele cu caracter personal, furnizate către DIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI, care are calitatea de operator, cu privire la următoarele categorii de date cu caracter personal: numele, prenumele, seria și numarul CI, numărul de telefon, email, adresa, precum şi CNP-ul.

Am fost informat că prelucrarea datelor cu caracter personal de către operator, în calitate de autoritate publică, se efectuează din motive de interes public, în vederearealizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituţional sau de dreptul internaţional public.

Operatorul datelor cu caracter personalDIRECŢIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREŞTI este o instituţie publică cu personalitate juridica care îşi desfăşoară activitatea pe teritoriul Municipiului Bucureşti în scopul realizării politicilor şi programelor naţionale de sănătate publică, a activităţii de medicina preventivă şi a inspecţiei sanitare de stat, a monitorizării stării de sănătate şi a organizării statisticii de sănătate, precum şi a planificării şi derulării investiţiilor finanţate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate, cu sediul social la adresa: str. Avrig nr.72-74, sector 2, București, email: dspb@dspb.ro

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că operatorul și entitățile împuternicite de operator pentru prelucrarea datelor au stabilit măsuri privind securitatea datelor tehnice și proceduri de management intern, precum și măsuri de protecție fizică a datelor pe care le stochează, conform standardelor acceptate în domeniu, pentru a proteja și pentru a asigura confidențialitatea, integritatea și accesibilitatea datelor mele cu caracter personal prelucrate. Măsurile instituite au ca scop prevenirea utilizării sau accesului neautorizat la datele mele cu caracter personal sau prevenirea încălcării securității datelor mele cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, instrucțiunile, politicile și legislaţia aplicabilă datelor cu caracter personal.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că, datele mele cu caracter personal pot fi puse la dispoziția următoarelor categorii de destinatari: angajații sau reprezentanții autorizați ai operatorului și persoanelor împuternicite către care operatorul a externalizat furnizarea anumitor servicii şi partenerilor acreditaţi, autorităților publice, cu respectarea prevederilor prevederilor Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679 şi legislaţiei naţionale.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că datele mele cu caracter personal sunt prelucrate pe tot parcursul relaţiei cu operatorul, în vederearealizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituţional sau de dreptul internaţional public, sau a acordului exprimat, şi, după finalizarea acesteia, cel putin pe perioada impusă de prevederile legale aplicabile în domeniu, inclusiv, dar fără limitare, dispoziţiile legale privind arhivarea.

 Declar că acordul este exprimat voluntar şi că am luat la cunoştinţă de faptul că prelucrarea datelor mele cu caracter personal se realizează doar pentru îndeplinirea scopurilor pentru care au fost colectate.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, beneficiez de următoarele drepturi: dreptul la informare, dreptul de acces la date, dreptul la rectificare, dreptul la stergerea datelor ("dreptul de a fi uitat"), dreptul la restricţionarea prelucrării, dreptul de opoziţie, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de a depune plângere, dreptul de a retrage consimţămantul, precum și dreptul de a depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că îmi pot exercita drepturile descrise anterior, conform prevederilor legale, fie în mod individual, fie cumulat, prin simpla transmitere a unei solicitări către operatorul de date, prin intermediul serviciului de poștă electronică, la adresa dspb@dspb.ro sau la adresa de corespondenţă str. Avrig nr.72-74, sector 2, București.

 Confirm că am luat la cunoştinţă de faptul că am dreptul de a înainta o plângere către Autoritatea Naţională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal, cu următoarele date de contact: B-dul G-ral. Gheorghe Magheru 28-30 Sector 1, cod poștal 010336 Bucureşti, România, email: anspdcp@dataprotection.ro, tel. +40.318.059.211 ; +40.318.059.212, fax: +40.318.059.602.

 Data Semnătura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_