Direcţia de Sănătate Publică Dâmboviţa

Târgovişte, str. Tudor Vladimirescu, nr. 15-19

Data……………………………………

Stiamte domnule/Stimata doamnă………………………………………………………………….

Prin prezenta formulez o cerere conform Legii 544/2001 privind liberul acces la informaţiile de interes public, cu modificarile şi completările ulterioare. Doresc să primesc o copie de pe următoarele documente:

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

Doresc ca informaţiile să-mi fie furnizate:

|  |  |
| --- | --- |
| Pe e-mail la adresa…………............................ |  |
| Pe e-mail în format editabil:……………………………………la adresa………………………………………. |  |
| Pe format de hartie la adresa………………………………………… |  |

Sunt dispus să plătesc costurile aferente serviciilor de copiere a documentelor solicitate.

Vă mulţumesc pentru solicitudine,

 …………………………

Numele şi prenumele petentului……………………………………………………………………

Adresa la care se solicită primirea răspunsului/e-mail……………………………………………..

Profesia(opţional)…………………………………………………………………………………..

Telefon(opţional)…………………………………………………………………………………..