

DOMNULE DIRECTOR,

Subsemnatul(a) dr.....

medic specialist*/ primar* conform ordinului MS nr. din anul.....

în specialitatea

angajat al,

cu contract de muncă pe perioadă determinată* / nedeterminată*,

vă rog să-mi aprobați înscrierea în cea de a doua specialitate cu taxă,

în specialitatea,

în centrul universitar.....

C.N.P. _____,

Telefon de contact _____,

E-mail _____.

Subsemnatul _____ declar că am luat la cunoștință drepturile mele conform legislației în materie de prelucrare de date cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul UE nr. 679/2016 și îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor prevăzute în publicația de înscriere/examen/concurs, pe durata pregătirii și pentru organizarea examenului/concursului. Datele și documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicația de înscriere/examen/concurs. Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la pregătire/examen/concurs.

DA, sunt de acord

NU sunt de acord

Data:

Semnătura:

Domnului director al Direcției Politici de Resurse Umane în Sănătate

Numele candidatului se va completa cu litere de tipar și diacritice, conform CI/BI

* Se va sublinia varianta corectă