DOAMNĂ 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 aprobaţi 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:

**Doamnei director al Direcției Politici de Resurse Umane în Sănătate**

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

**\*** Se va sublinia varianta corectă