

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui),
născut(ă) la data în localitatea medic / medic dentist / farmacist,
având gradul profesional: specialist / primar / fără grad profesional, confirmat în specialitatea
....., prin Ordinul M.S. nr., încadrat la
..... județ

Vă rog să aprobați înscrierea la examenul pentru obținerea **atestatului de studii complementare în**
.....

Am efectuat pregătirea în centrul universitar **București**, având ca îndrumător
..... și doresc susținerea examenului în centrul de examen **București**.

Solicit transmiterea certificatului la D.S.P.

Nr. Chitanță/O.P. _____

Adresa e-mail: _____

Telefon de contact: _____

Declarație de acord cu condițiile de prelucrare a datelor personale

Datele cuprinse în acest dosar vor fi tratate confidențial, în conformitate cu prevederile Directivei CE/95/46 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, transpusă prin Legea nr. 677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile Directivei 2002/58/CE privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private.

Declar că sunt de acord ca datele cu caracter personal furnizate Direcției de Sănătate Publică a Municipiului București să fie utilizate în conformitate cu Legea nr.677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

Declar că am luat la cunoștință și

- **DA**, Sunt de acord / **NU**, nu sunt de acord – cu prelucrarea datelor cu caracter personal.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la examen.

Data: _____

SEMNĂTURA