

## DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui) \_\_\_\_\_, medic, medic stomatolog sau farmacist rezident în specialitatea \_\_\_\_\_, confirmat prin Ordin M.S. nr. \_\_\_\_/\_\_\_\_, cu finalizarea pregătirii în rezidențiat la data de \_\_\_\_\_, aflat(ă) în pregătire la **primul rezidențiat** prin concurs și încadrat(ă) cu contract de muncă pe durată nedeterminată / determinată la \_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de obținere a titlului de specialist din sesiunea **19 Martie 2020**.

1. Centrul universitar în care am efectuat majoritatea stagiilor de pregătire, in procent de % \_\_\_\_\_ și în care voi susține examen \_\_\_\_\_.
2. Alte Centre Universitare unde am efectuat pregătirea \_\_\_\_\_.
3. Solicit transmiterea certificatului la D.S.P. \_\_\_\_\_.

Nr. Chitanță/O.P. \_\_\_\_\_

Adresa e-mail: \_\_\_\_\_

Telefon de contact: \_\_\_\_\_

**ATENȚIE ! - Copiile stagiilor vor fi prezentate în ordine cronologică**

### *Declarație de acord cu condițiile de prelucrare a datelor personale*

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 examen.**

DA, Sunt de acord / NU, nu sunt de acord

Data: \_\_\_\_\_

SEMNĂTURA

**Doamnei Director Executiv al Direcției de Sănătate Publică București**