

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (inițiala tatălui) _____, medic rezident în specialitatea **ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ**, 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 **14 Septembrie 2019**.

Centrul Universitar unde am efectuat minim 75% din pregătire _____.

Alte Centre Universitare unde am efectuat pregătirea _____.

Solicitat susținerea examenului în Centrul Universitar _____.

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.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la pregătire / examen / concurs.

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

Data: _____

SEMNĂTURA