

DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV

Subsemnatul(a) (initiala tatalui) _____,
medic rezident in specialitatea _____ anul _____ cu **post / loc**
in Centrul Universitar _____
Spitalul _____, vă rog sa primiți actele necesare in vederea
transferului in Centrul Universitar **București** cu spital plătit la Spitalul Clinic de Urgență

Anexez:

1. copie BI/CI;
2. avizul conducerii universității de medicină și farmacie, respectiv facultății de medicină, medicină dentară sau farmacie din centrul universitar **în care se află în pregătire;**
3. avizul conducerii universității de medicină și farmacie, respectiv facultății de medicină, medicină dentară sau farmacie din centrul universitar **în care dorește să continue pregătirea;**
4. avizul unui coordonator de program respectiv director de program în specialitatea în care sunt confirmați din centrul universitar în care urmează să se pregătească;
5. rezidenții pe **post** vor prezenta avizul unității sanitare cu care au încheiat contract individual de munca pe durată nedeterminată;
6. rezidenții care doresc transferul în Centrul Universitar București vor prezenta și avizul unui spital plătit;
7. **rezidenții în specialitatea medicină de familie** vor prezenta numai avizul direcției de sănătate publică din centrul universitar în care se află în pregătire și avizul direcției de sănătate publică din centrul universitar în care dorește să continue pregătirea precum și avizul coordonatorilor de program, de plecare și de primire;
8. acte justificative privind motivele solicitării.

Motivele solicitării _____

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

Număr de telefon: _____

SEMNĂTURA

Adresa mail _____

DATA: _____

Doamnei Director Executiv al Direcției de Sănătate Publică București, Cristina PELIN