

DOMNULE/DOAMNĂ DIRECTOR GENERAL/EXECUTIV,

Subsemnatul/a _____,

licențiat în profesia de 1. medic 2. medic dentist 3. farmacist,
cu finalizarea programului de pregătire:

1. în rezidențiat la data de ____/____/_____,
2. în a doua specialitate cu taxă la data de ____/____/_____,

vă rog să-mi aprobați înscrierea pentru examenul de obținere a titlului de specialist în specialitatea _____, din sesiunea **14 octombrie 2021**.

Am efectuat pregătire minim 6 luni din stagiul de bază în această specialitate, în centrele universitare _____, prin:

1. rezidențiat - confirmat prin OMS nr. ____/____,
2. cea de a doua specialitate cu taxă, începând cu anul _____,

La înscrierea în această sesiune de examen, sunt deja posesor al certificatului de medic specialist în specialitatea _____, din anul _____.

Solicit înscrierea în centrul universitar: _____;

Rog să mi se transmiterea certificatul obținut în urma examenului la Direcția de Sănătate Publică a Jud./Mun. București _____;

date personale:

1. C.N.P. _____,
2. telefon de contact _____,
3. adresa e-mail _____,
4. loc de muncă cu durată nedeterminată* _____,

Subsemnatul/a _____

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 sunt de acord

Data:

Semnătura:

Domnului/Doamnei Director General/Executiv

al _____

Datele se vor completa cu litere de tipar și diacritice, conform CI/BI

*Locul de muncă se completează doar de către candidații cu contract de muncă pe durată nedeterminată