DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, medic// medic dentist /stomatolog// farmacist specialist,

Confirmat prin OMS nr.\_\_\_\_\_\_ din anul\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în specialitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu vechime în specialitate de 5 ani la data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, având locul de muncă la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați înscrierea la examenul de obținere a gradului de primar, organizat în sesiunea **22 iunie-22 iulie 2022.**

Solicit susţinerea examenului în Centrul universitar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Solicit transmiterea certificatului obţinut la DSPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

C.N.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Telefon de contact\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Subsemnatul \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 pregătire/examen/concurs.

DA, sunt de acord NU sunt de acord

Data: Semnătura:

**Doamnei Director Executiv**

**a Direcției de Sănătate Publică a Mun.București**

Cererea se va completa cu litere de tipar și cu diacritice.

**Pentru buna comunicare, rugăm completarea lizibilă a adresei mail.**