

## Doamnă Director,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_,  
(nume, inițialele tatălui, toate prenumele – completat cu majuscule și diacritice)

CNP: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 ,(SAU serie și număr pașaport pentru cei care NU au CNP românesc)

**absolvent al UMF** \_\_\_\_\_ ,

facultatea \_\_\_\_\_ promoția \_\_\_\_\_ ,

**locul de muncă actual** (se completează doar de rezidenți și de specialiști)

funcția \_\_\_\_\_ ,  
(rezident în specialitatea ... anul ... / specialist în specialitatea ... )

unitatea \_\_\_\_\_ ,

vă rog să-mi aprobați înscrierea la concursul de rezidențiat sesiunea

**19 noiembrie 2023** cu susținerea concursului în

**centrul universitar** \_\_\_\_\_ pentru

**domeniul** \_\_\_\_\_ și sunt de acord cu afișarea numelui în lista cu rezultatele concursului, publicată pe internet  DA  NU.

**Dovada achitării taxei de concurs** (chitanța nr./data) \_\_\_\_\_ .

telefon .....

e-mail .....

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 prezenta cerere de înscriere la concurs pe durata desfășurării concursului, iar pentru cei confirmați rezidenți, pe toată durata pregătirii.

**Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea participării la concurs.**

DA, sunt de acord  NU sunt de acord

Data

Semnătura,

**Doamnei director al Direcției de sănătate publică** .....