

Către Direcția de Sănătate Publică a Municipiului București

Doamnă/Domnule Director,

Subsemnatul, reprezentant legal al

....., cu sediul în localitatea, str.,

nr., bl., sc., et., ap., sector/cu punctele

de lucru în București, str., nr., bl., sc., et.,

ap., sector, solicit viza/autorizarea pentru examinarea ambulatorie a candidaților la obținerea

permisului de conducere și a conducătorilor de vehicule sau tramvaie nr. /....., în

conformitate cu OMS nr. 1159 din 2010 pentru următoarele specialități:

	DA	NU
a. Medicină internă	☐	☐
b. Oftalmologie	☐	☐
c. ORL	☐	☐
d. Neurologie	☐	☐
e. Psihiatrie	☐	☐
f. Ortopedie – traumatologie	☐	☐
g. Pneumologie*	☐	☐

*) Controlul pneumologic pentru identificarea riscului de apnee în somn se realizează doar pentru solicitanții de permise pentru grupa II

Anexez în copie (certificată conform cu originalul), următoarele documente:

a) certificatul de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale (pentru furnizorii organizați conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998) sau, după caz, actul de înființare sau organizare conform legislației în vigoare;

b) autorizația sanitară de funcționare/înregistrarea în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, după caz;

c) dovada deținerii unui spațiu de care dispune în mpd legal;

d) dovada achitării contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;

e) dovada deținerii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;

f) dovada că are angajat personal medico-sanitar pentru specialitățile medicale pentru care solicită autorizarea, conform reglementărilor în vigoare;

g) tabel cu medicii angajați în cadrul societății, specialitatea medicilor, codul de parafă, dovadă că au drept de liberă practică, certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, conform reglementărilor legale în vigoare, asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical;

h) tabel cu asistenții medicali încadrați în cadrul societății, autorizația de liberă practică/certificat de membru al Ordinului Asistenților medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, conform reglementărilor legale în vigoare, asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;

i) alte documente

Datele de contact ale unității medicale sunt: Localitatea, Str.

....., nr., Bl., Ap., Sector.,

Telefon/fax, e-mail.

Menționez, că toate documentele depuse la dosar să poarte ștampila unității medicale, semnătura și sintagma „conform cu originalul”.

*** Declar pe propria răspundere că actele în copie sunt conforme cu originalul și îmi asum responsabilitatea pentru veridicitatea celor susținute în documentația depusă.**

Menționez că, termenul de soluționare a cererii decurge de la data depunerii complete a documentației.

Data

Semnătura și ștampila



ACORD
PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Subsemnatul, CI seria nr îmi exprim în mod expres acordul privind prelucrarea datelor mele cu caracter personal, furnizate către DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI, care are calitatea de operator, cu privire la următoarele categorii de date cu caracter personal: numele, prenumele, seria și numărul CI, numărul de telefon, email, adresa, precum și CNP-ul.

Am fost informat că prelucrarea datelor cu caracter personal de către operator, în calitate de autoritate publică, se efectuează din motive de interes public, în vederea realizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituțional sau de dreptul internațional public.

Operatorul datelor cu caracter personal DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI este o instituție publică cu personalitate juridică care își desfășoară activitatea pe teritoriul Municipiului București în scopul realizării politicilor și programelor naționale de sănătate publică, a activității de medicină preventivă și a inspecției sanitare de stat, a monitorizării stării de sănătate și a organizării statisticii de sănătate, precum și a planificării și derulării investițiilor finanțate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate, cu sediul social la adresa: str. Avrig nr.72-74, sector 2, București, email: dspb@dspb.ro

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că operatorul și entitățile împuternicite de operator pentru prelucrarea datelor au stabilit măsuri privind securitatea datelor tehnice și proceduri de management intern, precum și măsuri de protecție fizică a datelor pe care le stochează, conform standardelor acceptate în domeniu, pentru a proteja și pentru a asigura confidențialitatea, integritatea și accesibilitatea datelor mele cu caracter personal prelucrate. Măsurile instituite au ca scop prevenirea utilizării sau accesului neautorizat la datele mele cu caracter personal sau prevenirea încălcării securității datelor mele cu caracter personal, în conformitate cu Regulamentul General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, instrucțiunile, politicile și legislația aplicabilă datelor cu caracter personal.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că, datele mele cu caracter personal pot fi puse la dispoziția următoarelor categorii de destinatari: angajații sau reprezentanții autorizați ai operatorului și persoanelor împuternicite către care operatorul a externalizat furnizarea anumitor servicii și partenerilor acreditați, autorităților publice, cu respectarea prevederilor Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679 și legislației naționale.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că datele mele cu caracter personal sunt prelucrate pe tot parcursul relației cu operatorul, în vederea realizării obiectivelor prevăzute de dreptul constituțional sau de dreptul internațional public, sau a acordului exprimat, și, după finalizarea acestuia, cel puțin pe perioada impusă de prevederile legale aplicabile în domeniu, inclusiv, dar fără limitare, dispozițiile legale privind arhivarea.

Declar că acordul este exprimat voluntar și că am luat la cunoștință de faptul că prelucrarea datelor mele cu caracter personal se realizează doar pentru îndeplinirea scopurilor pentru care au fost colectate.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că, în conformitate cu dispozițiile Regulamentului General privind Protecția Datelor nr. 2016/679, beneficiaz de următoarele drepturi: dreptul la informare, dreptul de acces la date, dreptul la rectificare, dreptul la ștergerea datelor ("dreptul de a fi uitat"), dreptul la restricționarea prelucrării, dreptul de opoziție, dreptul la portabilitatea datelor, dreptul de a depune plângere, dreptul de a retrage consimțământul, precum și dreptul de a depune o plângere la Autoritatea Națională de Supraveghere.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că îmi pot exercita drepturile descrise anterior, conform prevederilor legale, fie în mod individual, fie cumulat, prin simpla transmitere a unei solicitări către operatorul de date, prin intermediul serviciului de poștă electronică, la adresa dspb@dspb.ro sau la adresa de corespondență str. Avrig nr.72-74, sector 2, București.

Confirm că am luat la cunoștință de faptul că am dreptul de a înainta o plângere către Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal, cu următoarele date de contact: B-dul G-ral. Gheorghe Magheru 28-30 Sector 1, cod poștal 010336 București, România, email: anspdcp@dataprotection.ro, tel. +40.318.059.211 ; +40.318.059.212, fax: +40.318.059.602.

Data

Semnătura