

DOAMNĂ DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul(a) _____ născut(ă)
la data _____ în localitatea _____
județul _____,

- medic / medic dentist / farmacist*,
- având gradul profesional : specialist / primar / fără grad profesional (ex: MG, D, F);

confirmat în specialitatea _____
prin Ordinul M.S. nr. _____ / _____, cu loc de muncă la ** _____
_____, vă rog să-mi aprobați înscrierea la
examenul de obținere a atestatului de studii complementare în

, din sesiunea 7 noiembrie 2018, cu susținerea examenului în centrul universitar
_____.

Solicit transmiterea atestatului obținut la DSPJ _____.

CNP _____

Telefon _____

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 General a Centrului de Resurse Umane în Sănătate Publică

Gabriela ANGHELOIU

Cererea se va completa cu litere de tipar și cu diacritice, conform CI/BI

* Se va încercui/sublinia varianta corectă a titlului de licență.

** Se va completa cu denumirea instituției /angajatorului sau F.P. pentru candidații care nu au loc de muncă la momentul depunerii actelor de înscriere.