

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 **06 noiembrie 2019**, 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.