

**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 15 mai 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.