

DOAMNĂ DIRECTOR GENERAL,

Subsemnatul(a) _____,
medic/ dentist / farmacist specialist, prin OMS nr. _____ din anul _____, în
specialitatea _____,
cu vechime în specialitate de 5 ani la data de ___/___/2020, având locul de muncă
la _____, vă rog să-mi
aprobați înscrierea la examenul de obținere a gradului de primar, organizat în
sesiunea **06 iulie 2020**.

Solicít susținerea examenului în Centrul universitar _____;

Solicít transmiterea certificatului obținut la DSPJ _____;

C.N.P. _____,

Telefon de contact _____,

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
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

Datele se vor completa cu litere de tipar și diacritice*