

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CLUJ

Subsemnatul/a _____

licențiat ca 1. medic 2. medic dentist 3. farmacist,
cu finalizarea programului de pregătire la data de la data de ___/___/_____, vă rog
să-mi aprobați înscrierea pentru examenul de obținere a titlului de specialist în
specialitatea _____, din sesiunea **19 martie 2020**,
confirmat în rezidențiat prin OMS nr. _____/_____.

Am efectuat pregătirea în specialitatea pentru care solicit înscrierea în
următoarele centre universitare:

1. _____ în procent de _____ %
2. _____ în procent de _____ %
3. _____ în procent de _____ %

Astfel, în conformitate cu publicația de examen, centrul în care am efectuat
cel puțin 51% din pregătire și în care voi susține examenul este

Locul de muncă *

Solicit transmiterea certificatului de medic specialist obținut în urma
examenului la DSP _____

1. Telefon de contact _____
2. Adresa E-mail : _____

Declarație de consimțământ privind prelucrarea datelor personale

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: _____

(Numele și prenumele solicitantului)

(Semnătura)

Datele se vor completa cu litere de tipar și diacritice, conform CI/BI

*Locul de muncă se completează doar de către candidații cu contract pe durată nedeterminată