

Domnule Director,

Subsemnatul(a) _____,
(nume, inițialele tatălui, toate prenumele – completat cu majuscule și diacritice)

CNP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ,(SAU serie și număr pașaport pentru cei care NU au CNP românesc)

absolvent al UMF _____ ,

facultatea _____ promoția _____ ,

locul de muncă actual (se completează doar de rezidenți și de specialiști)

funcția _____ ,
(rezident în specialitatea ... anul ... / specialist în specialitatea ...)

unitatea _____ ,

vă rog să-mi aprobați înscrierea la concursul de rezidențiat sesiunea

19 noiembrie 2023 cu susținerea concursului în

centrul universitar _____ pentru

domeniul MEDICINĂ (M) / MEDICINĂ DENTARĂ (D) / FARMACIE (F)

sunt de acord cu afișarea numelui în lista cu rezultatele concursului, publicată pe internet DA NU.

Dovada achitării taxei de concurs (chitanța nr./data) _____ .

telefon

e-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 prezenta cerere de înscriere la concurs pe durata desfășurării concursului, iar pentru cei confirmați rezidenți, pe toată durata pregătirii.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea participării la concurs.

DA, sunt de acord NU sunt de acord

Data

Semnătura,

Domnului director al Direcției de sănătate publică Neamț