DOAMNĂ DIRECTOR,

Subsemnatul(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, confirmat medic rezident/ la a doua specialitate prin OMS nr.\_\_\_\_\_\_ din anul\_\_\_\_\_\_, în specialitatea **Anestezie și terapie intensivă**, cu finalizarea pregătirii la data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ , vă rog să-mi aprobaţi înscrierea la examenul de obţinere a titlului de medic specialist din sesiunea **16 septembrie 2023.**

 Am efectuat pregătirea în această specialitate prin:

 1. rezidențiat - confirmat prin OMS nr.\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,

 2. cea de a doua specialitate cu taxă, începând cu anul**\_\_\_\_\_\_\_,**

La înscrierea în această sesiune de examen, sunt deja posesor al certificatului de medic specialist în specialitatea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, din anul**\_\_\_\_\_\_\_.**

Am efectuat pregătirea în centrele universitare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Solicit înscrierea în centrul universitar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Solicit transmiterea certificatul obţinut la Direcția de Sănătate Publică a Jud./Mun. București\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

date personale:

1. C.N.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
2. Nr. telefon contact\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
3. adresa mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
4. loc de muncă cu durată nedeterminată\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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 examen pentru organizarea examenului și afișarea listelor nominale ale candidaților înscriși. Datele și documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicația de examen.

**Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la pregătire/examen/concurs.**

DA, sunt de acord NU sunt de acord

Data: Semnătura:

**Doamnei Director a Direcției Politici de Resurse Umane în Sănătate**

Datele se vor completa cu litere de tipar şi diacritice, conform actului de identitate

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