**ACORD**

**pentru prelucrarea datelor cu caracter personal**

Subsemnatul/Subsemnata………………………………………………………...………………………. ,

posesor al CI/BI seria……… nr…………………………. eliberat la data de………………………………, de ……………………………………………………………, candidat(ă) pentru ocuparea funcției publice de conducere de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ în cadrul ………………………………………………………………..……, îmi exprim acordul pentru prelucrarea și colectarea de către Ministerul Sănătății a datelor mele cu caracter personal pe durata procesului de selecție și, dacă va fi cazul, pe durata derulării raporturilor de muncă, în condițiile prevăzute de Regulamentul (UE) NR. 2016/679 privind protecția persoanelor fizice, în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal.

**Data:**

**Semnătura**