

SPITALUL MUNICIPAL TURDA

Adresa: str. Andrei Muresanu, nr. 12-16, CP – 401103, Turda, Jud. Cluj, Tel/Fax: 0264-311578

Cod fiscal 4287971, e-mail: spitalmunicipalturda@yahoo.com, pagină web: www.spitalturda.ro

Nr.

Anexa 2

Formular de înscriere

Autoritatea sau instituția publică: **Spitalul Municipal Turda**

Funcția solicitată:

Data organizării concursului, proba scrisă și/sau proba practică, după caz:

Numele și prenumele candidatului:

Datele de contact ale candidatului (Se utilizează pentru comunicarea cu privire la concurs.):

Adresa:

E-mail:

Telefon:

Persoane de contact pentru recomandări:

Numele și prenumele	Instituția	Funcția	Numărul de telefon

Anexez prezentei cereri dosarul cu actele solicitate.

Menționez că am luat cunoștință de condițiile de desfășurare a concursului.

Cunoscând prevederile art. 4 pct. 2 și 11 și art. 6 alin. (1) lit. a) din Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în ceea ce privește consimțământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal declar următoarele:

Îmi exprim consimțământul ☐

Nu îmi exprim consimțământul ☐

cu privire la transmiterea informațiilor și documentelor, inclusiv date cu caracter personal necesare îndeplinirii atribuțiilor membrilor comisiei de concurs, membrilor comisiei de soluționare a contestațiilor și ale secretarului, în format electronic.

Declar pe propria răspundere că în perioada lucrată nu mi s-a aplicat nicio sancțiune disciplinară/mi s-a aplicat sancțiunea disciplinară

Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele furnizate în acest formular sunt adevărate.

Data:

Semnătura: