

Către,

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
BIHOR**

Subsemnatul/a (cu inițiala tatălui) _____
_____, medic/dentist/farmacist
specialist, prin O.M.S. nr. _____ din anul _____, în specialitatea
_____, cu vechime în
specialitate de 5 ani la data de ____/____/2020, având locul de muncă la
_____, vă rog să-mi
aprobați înscrierea la examenul de obținere a gradului de primar, organizat în sesiunea
06 iulie 2020.

Solicit susținerea examenului în Centrul Universitar _____.

Solicit transmiterea certificatului obținut la Direcția de Sănătate Publică a
județului _____.

C.N.P. _____.

Nr. telefon de contact: _____.

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
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 examen.

DA, sunt de acord

NU sunt de acord

Semnătura,

Data _____
