

Către,

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ
BIHOR**

Subsemnatul/a _____,
licențiat în profesia de 1. medic 2. medic dentist 3. farmacist,
cu finalizarea programului de pregătire 1. în rezidențiat/ 2. a doua specialitate cu taxă la
data de ___/___/_____, vă rog să-mi aprobați înscrierea pentru examenul de obținere a
titlului de specialist în specialitatea _____,
din sesiunea **23 septembrie 2020**.

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 _____.

Solicit înscrierea în Centrul universitar _____.

Rog să mi se transmită certificatul obținut în urma examenului la Direcția de
Sănătate Publică a Jud./București _____;

Date personale:

1. C.N.P. _____.
2. Nr. telefon de contact: _____.
3. Adresă e-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
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 _____
