

Către,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ BIHOR

Subsemnatul(a) _____
medic/dentist/farmacist specialist, prin O.M.S. nr. _____ din anul _____,
în specialitatea _____, cu
vechime în specialitate de 5 ani la data de ____/____/_____, având locul de muncă
la _____, vă rog să-mi
aprobați înscrierea la examenul de obținere a gradului de primar, organizat în sesiunea
17 iunie 2021.

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 _____
