

Către,

**Direcția de Sănătate Publică Bihor**

Subsemnatul/a, \_\_\_\_\_

domiciliat/ă în \_\_\_\_\_,

str. \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ bloc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,

de profesie \_\_\_\_\_,

telefon \_\_\_\_\_, adresa mail \_\_\_\_\_, cu locul

de muncă la \_\_\_\_\_,

solicit eliberarea codului de parafă.

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 fișa de înregistrare și procedura pentru eliberarea codurilor de parafă. Datele sunt cele prevăzute de legislația în vigoare.

Oradea,

Semnătura,