

DOAMNA DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul/a (cu inițiala tatălui) _____
CNP _____, cod rezident _____, medic
rezident în specialitatea **ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ**, confirmat prin
OMS nr. _____/ _____, **afat(a) în pregătire la primul rezidențiat prin concurs** și încadrat(a) cu
contract individual de muncă pe perioadă nedeterminată/determinată la
Spitalul _____, **am efectuat
majoritatea pregătirii în rezidențiat, respectiv _____% în Centrul Universitar**

_____.
Vă rog să binevoiți a-mi aproba înscrierea la examenul pentru obținerea gradului de medic specialist în
specialitatea **ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ** din sesiunea 14 septembrie 2019.

Centre universitare unde am efectuat pregătirea _____

Solicit susținerea examenului în Centrul universitar _____

Data încheierii pregătirii în rezidențiat este _____

Solicit transmiterea certificatului obținut la DSPJ _____

Subsemnatul _____ 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
pregătire/examen/concurs.

DA sunt de acord

NU sunt de acord

Data: _____

Telefon _____

E-mail _____

Nr. chitanță _____

Semnătura _____

Catre,

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ JUDEȚEANĂ TIMIȘ