

## DOAMNĂ DIRECTOR EXECUTIV,

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_ născut(ă)  
la data \_\_\_\_\_ în localitatea \_\_\_\_\_  
județul \_\_\_\_\_,

- medic / medic stomatolog / farmacist\*,
- având gradul profesional: specialist/primar/fără grad profesional (MG, S, F);

confirmat în specialitatea \_\_\_\_\_

prin Ordinul M.S. nr. \_\_\_\_/\_\_\_\_, angajat al\*\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, vă rog să-mi aprobați înscrierea la  
examenul de obținere a atestatului de studii complementare în

\_\_\_\_\_,  
din **sesiunea 17 mai 2023**, cu susținerea examenului în centrul universitar

Solicit transmiterea atestatului obținut la DSPJ \_\_\_\_\_.

CNP \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Dovada de plata a taxei de examen:Nr./data \_\_\_\_\_

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 personale, pentru organizarea examenului și afișarea listelor nominale ale candidaților înscriși pe site-ul [www.ms.ro](http://www.ms.ro), conform publicației de examen. Datele și documentele cu caracter personal sunt cele prevăzute în publicația de examen.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea înscrierii la examen.

DA, sunt de acord

NU sunt de acord

Data

Semnătura,

**Doamnei Director executiv al Direcției de Sănătate Publică Timiș**

Datele din formular se vor completa cu majuscule și diacritice, conform CI/BI

\* Se va sublinia varianta corectă

\*\* Se va completa cu denumirea instituției /angajatorului sau F.P. pentru candidații care nu au loc de muncă la momentul depunerii actelor de înscriere.