CĂTRE

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI CLUJ,

Subsemnatul(a)\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, medic/ dentist / farmacist specialist confirmat(ă) prin OMS nr.\_\_\_\_\_\_din anul\_\_\_\_\_\_\_\_\_, în specialitatea\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cu o 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 susţinerea examenului în Centrul universitar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Solicit transmiterea certificatului obţinut la DSPJ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

C.N.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Telefon de contact\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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 accord NU sunt de accord

Data: Semnătura:

\*Cererea se va completa cu litere de tipar și cu diacritice.