

Doamnă Director,

Subsemnatul(a) _____,
(nume, inițialele tatălui, toate prenumele – completat cu majuscule și diacritice)

CNP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ,(SAU serie și număr pașaport pentru cei care NU au CNP românesc)

absolvent al UMF _____ ,

facultatea _____ promoția _____ ,

locul de muncă actual (se completează doar de rezidenți și de specialiști)

funcția _____ ,
(rezident în specialitatea ... anul ... / specialist în specialitatea ...)

unitatea _____ ,

vă rog să-mi aprobați înscrierea la concursul de rezidențiat sesiunea

16 noiembrie 2025 cu susținerea concursului în

centrul universitar _____ pentru

domeniul _____ și sunt de acord cu afișarea
numelui în lista cu rezultatele concursului, publicată pe internet ☐ DA ☐ NU.

Dovada achitării taxei de concurs (chitanța nr./data) _____ .

telefon

e-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 prezenta cerere de înscriere la concurs pe durata desfășurării
concursului, iar pentru cei confirmați rezidenți, pe toată durata pregătirii.

Refuzul acordării consimțământului atrage imposibilitatea participării la concurs.

☐ DA, sunt de acord ☐ NU sunt de acord

Data

Semnătura,

Doamnei director al Direcției de sănătate publică ARAD