

Către,

***Direcția de Sănătate Publică a Județului Arad***

Subsemnatul (a) (Nume, inițiala tatălui și toate prenumele)

---

CNP \_\_\_\_\_, posesor/poseoare a B.I./C.I. seria \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
medic/dentist/farmacist specialist în specialitatea \_\_\_\_\_, confirmat specialist  
prin O.M.S. nr. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ încadrat/ă la \_\_\_\_\_,  
din localitatea \_\_\_\_\_, județul \_\_\_\_\_, cu vechime în specialitate de  
5 ani la data de \_\_\_\_\_ și o vechime totală în specialitate la data de 31.01.2023 de  
ani \_\_\_\_\_, luni \_\_\_\_\_, zile \_\_\_\_\_.

Vă rog să binevoiți a-mi aproba înscrierea la examenul pentru obținerea titlului de medic primar  
ce va avea loc în perioada 22 iunie- 22 iulie 2022, examen pe care doresc să-l susțin în centrul  
universitar

\_\_\_\_\_.

Solicit trimiterea certificatului de medic primar la Direcția de Sănătate Publică a Județului

\_\_\_\_\_ .

Telefon de contact: \_\_\_\_\_ .

E-mail: \_\_\_\_\_.

Nr. chitanță plată: \_\_\_\_\_.

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 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 examen.

DA sunt de acord

NU sunt de acord

Arad,

Semnătura,