

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 31.12.2021 de
ani _____, luni _____, zile _____.

Vă rog să binevoiți a-mi aproba înscrierea la examenul pentru obținerea titlului de medic primar
ce va avea loc la data de 17 iunie 2021, 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,